CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

SISTEMA GESTION INTEGRAL

CRONOGRAMA DE CAPACITACION SST

VERSION 1

PROYECTO: CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

ACTIVIDADES	P/E	FECHA: Periodidad en que se debe realizar la actividad	Responsable de realizar la actividad	A quien o a que va dirigida la actividad	jun-24 S1 S2 S3 S4	jul-24 S1 S2 S3 S4	ago-24 S1 S2 S3 S4	sep-24 S1 S2 S3 S4	oct-24 S1 S2 S3 S4	nov-24 S1 S2 S3 S4	dic-24 S1 S2 S3 S4	ene-25 S1 S2 S3 S4	feb-25 S1 S2 S3 S4	mar-25 S1 S2 S3 S4	abr-25 S1 S2 S3 S4	may-25 S1 S2 S3 S4	jun-25 S1 S2 S3 S4	jul-25 S1 S2 S3 S4	ago-25 S1 S2 S3 S4	sep-25 S1 S2 S3 S4	oct-25 S1 S2 S3 S4	nov-25 S1 S2 S3 S4	dic-25 S1 S2 S3 S4	ene-26 S1 S2 S3 S4	feb-26 S1 S2 S3 S4	mar-26 S1 S2 S3 S4	EJECUTADO	PROGRAMADO	CUMPLIMIENTO
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL SUBPROGRAMA DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL INDUCCION- REINDUCCION - CAPACITACIONES																													
induccion en SST y MA	P E	Según ingreso de trabajadores	ENCARGADO SST	Todo el personal		E E E E E E E E																					7	82	9%
Notificacion de riesgo a los que se esta expuesto en la ejecucion de las actividades.	P E	Según ingreso de trabajadores	ENCARGADO SST	Todo el personal		E E E E E E E E																					7	82	9%
Perfil sociodemografico a todo el personal de obra	P E	Según ingreso de trabajadores	ENCARGADO SST	Todo el personal		E E E E E E E E																					7	82	9%
Adecuado uso y cuidado de los Elementos de Protección Personal	P E	Según ingreso de trabajadores	ENCARGADO SST	Todo el personal		E																					1	1	100%
Cultura de Autocuidado	P E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal		E																					1	1	100%
Que hacer en caso de un Accidente-lineas de emergencias	P E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal			E																				1	1	100%
Socialización del manual de convivencia laboral	P E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal				E																			1	1	100%
Estilos de vida y trabajo saludable sustancias psicoactivas	P E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal																								1	0%
Higiene postural y manejo de cargas	P E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal																								1	0%
Qué es el acoso laboral y medida preventivas	P E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal																								1	0%
Riesgos asociados al consumo de alcohol, droga y sustancias psicoactivas.	P E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal																								1	0%
Agotamiento por calor - golpe de calor	G E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal																								1	0%
Procedimiento de Herramientas electricas, manuales y pequeños implementos	P E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal																								1	0%
Proteccion partes del cuerpo: manos, oidos, ojos, pies etc	P E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal																								1	0%
Socialización del Plan de emergencias	P E	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal																								1	0%
Manejo de Extintores de incendios	P E	Programada	ENCARGADO SST	Brigada de emergencia de manejo de incendio																								1	0%
Primeros auxilios	P E	Programada	ENCARGADO SST	Brigada de emergencias de primeros auxilios																								1	0%
Socialización del procedimiento trabajo seguro alturas	P E	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.																								1	0%
Capacitacionenquesiocidente accidenteyenfermedad laboral y la forma como se debe reportar.	P E	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.																								1	0%
Socializacion de fichas tecnicas de sustancias químicas	P E	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.																								1	0%
Capacitacion del COPASST	P E	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.																								1	0%
Medidas de prevencion - mordedura de culebra	P E	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.																								1	0%
CapacitacionSeguridadvial,medidaspreventivasenlaconduccion, uso del cinturon de seguridad .	P E	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.																								1	0%

Riesgo en excavaciones y sus controles	P	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.			1	0%
	E							
Capacitacion Uso e importancia de los EPP y la dotacion	P	Según ingreso de trabajadores	ENCARGADO SST	Todo el personal			1	0%
	E							
Socializacion de puntos de atencion medica en caso de accidente y entrega de medicamentos	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal			1	0%
	E							
Importancia de la señalizacion preventiva en obra	P	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.			1	0%
	E							
Capacitacionenriesgobiologico picaduras,mordeduraside animales	P	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.			1	0%
	E							
Primeros auxilios de desmayo	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal			1	0%
	E							
importancia de la inspeccion de equipos contra caida - como hacerla	P	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.			1	0%
	E							
Riesgo de exposicion al ruido y proteccion auditiva	P	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.			1	0%
	E							
importancia de la realizacion de las pausas activas o relajacion	P	Programada	ENCARGADO SST	Frentes de obra donde se realiza la actividad.			1	0%
	E							
Normas de seguridad para conduccion de vehiculos y maquinaria	P	Programada	ENCARGADO SST	conductores y operadores			1	0%
	E							
Como idententificar actos y condiciones inseguras	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal			1	0%
	E							
Riesgos fisicos (ruido, vibraciones)	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal			1	0%
	E							
manejo de maquinaria, equipos y vehiculos	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal			1	0%
	E							
Los riesgos del exceso de confianza	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal			1	0%
	E							
Funciones del Comité de convivencia Laboral y como hacer un comité eficaz.	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal			1	0%
	E							
Riesgos Eléctricos	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal			1	0%
	E							
Riesgos Eléctricos y andamios	P	Programada	ENCARGADO SST	Todo el personal			1	0%
	E							
TOTAL							25	283	9%
OBSERVACIONES:									

CONVENSIONES		
	P	ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL MES
	E	ACTIVIDADES EJECUTADAS EN EL MES
	R	ACTIVIDADES REPROGRAMADAS EN EL MES
	NA	ACTIVIDADES QUE NO APLICAN EN EL MES

FIRMA ESPECIALISTA:		FIRMA REP. LEGAL	
NOMBRE	LUIS EDUARDO SALGADO PADILLA	NOMBRE	Nayalibe Eljach Manjarrez
CARGO	ENCARGADO SST	CARGO	ENCARGADO SST

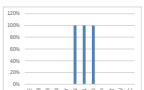
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	PLAN DE TRABAJO ANUAL	VERSIÓN: 01 CODIGO: SST-P02 FECHA: 02 de Julio de 2024

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDAD A DESARROLLAR		CRONOGRAMA Cuando se cumpla se marca con 1, en **P si es (Planeado) o con** 1 si es **(Ejecutado)**												RESPONSABLE	RECURSOS	OBSERVACIONES
				ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC			
PLANEAR	Identificar los peligros, evaluar y valorar los riesgos y establecer los controles necesarios para prevenir accidentes en el trabajo y enfermedad laboral por la exposición de los trabajadores a factores de riesgo, asociados con las actividades desarrolladas por EL CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	Asignar una persona que cumpla con el siguiente perfil: El diseño e implementación del Sistema de Gestión de SST podrá ser realizado por profesionales en SST, profesionales con posgrado en SST, que cuenten con licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo vigente y el curso de capacitación virtual de cincuenta (50) horas.	P*						P*							Representante legal	Financieros	
			E*						1									
		seguimiento al pago de seguridad social de personal directo y subcontratatado mensual	P*						P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	Representante legal	Financieros	
			E*						1	1	1							
		Elaborar presupuesto y designar los recursos para el diseño y mantenimeinto del SG-SST.	P*						P*							Representante legal	Financieros	
			E*						1									
		Acondicionamiento de señalización, equipos de emergencias, almacen, disponibilidad elementos de bioseguridad,acondicionamiento y reposición elementos de bioseguridad, punto ecologico, publicacion poliitcas, reglamentos (interno de trabajo y higiene y seguridad industrial),	P*							P*						profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*							1								
		Conformar y garantizar el funcionamiento del Comité de convivencia laboral	P*									P*				profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*															
		actas de reunion del CCL	P*									P*		P*		profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*															
		Capacitar Al CCL para el cumplimiento efectivo de las responsabilidades que les asigna la ley.	P*									P*				profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*															
		Conformar y garantizar el funcionamiento del Vigía de Seguridad y Salud en el Trabajo – COPASST.	P*									P*				profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*															
		Actas de reunion del COPASST	P*									P*	P*	P*	P*	profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*															
		Capacitar Al Vigía SST o COPASST para el cumplimiento efectivo de las responsabilidades que les asigna la ley.	P*									P*				profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*															
		Elaborar y ejecutar el programa de capacitación en promoción y prevención, referente a los peligros/riesgos prioritarios	P*							P*						Representante legal	Técnicos, Humanos	
			E*							1								
		Realizar actividades de inducción en seguridad y saldud en el trabajo al personal	P*							P*						profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*							1								
		Establecer por escrito una política de Seguridad y Salud en el Trabajo que cuente con los numerales establecidos en el Decreto 1072 de 2015	P*							P*						profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*							1								
		Definir los objetivos del Sistema de Gestión de SST de conformidad con la política de SST	P*							P*						profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*							1								
		Realizar la evaluación inicial del Sistema de Gestión de SST, identificando las prioridades para establecer el plan de trabajo anual o para la actualización del existente.	P*						P*							profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*						1									
		Diseñar y definir un plan anual de trabajo para el cumplimiento del Sistema de Gestión de SST	P*						P*							profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*						1									
		Contar con procedimiento en el que se defina el sistema de archivo y retención documental	P*										P*			profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*															
		Realizar anualmente la Rendición de Cuentas del desarrollo del Sistema de Gestión de SST	P*												P*	profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*															
		Definir la matriz legal que contemple las normas actualizadas del Sistema General de Riesgos Laborales aplicables a la empresa.	P*									P*				profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*															
		Disponer de mecanismos eficaces para recibir y responder las comunicaciones internas y externas relativas a la Seguridad y Salud	P*							P*						profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*							1								
		Establecer un procedimiento para la identificación y evaluación de las especificaciones en SST de las compras y adquisición de productos y servicios.	P*							P*						profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*							1								

	Diseñar e Implementar el sistema de gestion de la seguridad y salud en el trabajo conforme a los requisitos de la resolución 0312 de 2019 con el fin de prevenir la ocurrencia de ao	Establecer los aspectos de SST que podrá tener en cuenta la empresa en la evaluación y selección de proveedores y contratistas.	P*						P*						profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*						1																
		Seguimiento al cumplimiento restricciones médico - laborales (según el número de recomendaciones que lleguen a los trabajadores)	P*								P*				profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*																						
		Tener la custodia de las historias clínicas a cargo de una institución prestadora de servicios en SST o del médico que practica las evaluaciones médicas ocupacionales.	P*								P*				profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*																						
		Realizar inspecciones que incluya locativas, epp, equipos, herramientas, sistema de proteccion contra caidas, emergencias, orden y aseo, observacion de comportamiento, ambientales; de acuerdo al cronograma de inspecciones	P*						P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*						1	1	1														
		Elaborar y ejecutar un programa para promover entre los trabajadores, estilos de vida y entornos de trabajo saludable.	P*										P*				profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*																						
		Definir y aplicar una metodología para la identificación de peligros y evaluación y valoración de los riesgos de origen físico, ergonómico o biomecánico, biológico, químico, de seguridad, público, psicosocial, entre otro	P*						P*								profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*						1																
		Realizar la identificación de peligros y evaluación y valoración de los riesgos con participación de los trabajadores.	P*							P*							profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*							1															
		Ejecutar las medidas de prevención y control con base en el resultado de la identificación de peligros, la evaluación y valoración de los riesgos	P*										P*				profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*																						
		Elaborar procedimientos, instructivos y fichas técnicas de seguridad y salud en el trabajo cuando se requiera y entregarlos a los trabajadores	P*										P*				profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*																						
		Realización del inventario y/o actualizaciónde los equipos, herramientas maquinas , señalizacion asignadas al proyecto							P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	profesional SST	Técnicos, Humanos	
									1	1	1														
		Reportar e investigar los Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral a la ARL, EPS y Dirección Territorial del Ministerio del Trabajo, según corresponda, en caso de presentarse	P*								P*						profesional SST	Técnicos, Humanos	
			E*								1														
		Realizar medición de indicadores Accidentalidad Morbilidad Severidad Ausentismo	P*						P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	profesional SST	Técnicos Humanos	
			E*						1	1	1														
		Establecer controles de los peligros identificados.	P*						P*		P*		P*		P*		profesional SST	Técnicos Humanos	
			E*						1		1														
		Elaborar formatos para el registro de inspecciones. (Orden y Aseo, Botiquin, extintor)	P*						P*								profesional SST	Técnicos Humanos	
			E*						1																
		Reporte para los trabajadores para realizar actividad de altura	P*										P*	P*	P*		profesional SST	Técnicos Humanos	
			E*																						
		Continuar con la Entrega de Elementos de Protección personal y revisión del uso de los mismos	P*						P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	P*	Vigía ocupacional	Humanos (disponibilidad de personal)	
			E*						1	1	1														
		Elaborar un plan de prevención, preparación y respuesta ante emergencias que identifique las amenazas, evalúe y analice la vulnerabilidad.	P*						P*								profesional SST	Técnicos Humanos	
			E*						1																
		Conformar, capacitar y dotar la brigada de prevención, preparación y respuesta ante emergencias (primeros auxilios, contra incendios, evacuación, etc.), según las necesidades y el tamaño de la empresa.	P*								P*						profesional SST	Técnicos Humanos	
			E*																						
		Revisar como mínimo una (1) vez al año, por parte de la alta dirección.	P*												P*		Representante legal	Financieros	
			E*																						
		Medir indicadoresdefinidos para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	P*												P*		profesional SST	Técnicos Humanos	
			E*																						
		Realizar seguimiento a las acciones correctivas y preventivas	P*										P*				Administradora /profesional SST	Técnicos Humanos	
			E*																						
		TOTAL PROGRAMADO		0	0	0	0	0	12	14	8	0	0	0	0										
		TOTAL EJECUTADO		0	0	0	0	0	12	14	16	0	0	0	0										

MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO

CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE		PLAZO PARA EL CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORAMIENTO													GRAFICA
		VARIABLES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	
FORMULA	Actividades ejecutadas *100 / Actividades programadas	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	0	0	0	0	0	12	14	8	0	0	0	0	34	
		ACTIVIDADES EJECUTADAS	0	0	0	0	0	12	14	16	0	0	0	0	42	
		RESULTADO						100%	100%	100%					100%	
		META	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	



NAYALIBE ELJACH MANJARREZ		LUIS EDUARDO SALGADO PADILLA	
Nombre	Firma	Nombre	Firma
Representante Legal		PROF SST	

Anexo 5, Inducción de personal que ingreso en el periodo

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DE COLABORADORES	
	COD: SST- F 002	versión 1

INFORMACIÒN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Daniel Dano Palomino Alvarez.			
Nº de Identificación	78030594.			
Cargo	Oficial		Fecha	13/08/2024
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☑		Reinducción ☐	Otro: _____
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☐	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☐	Otro: _____

I. INDUCCION GENERAL	RESPONSABLE
☑ Explicación de las generalidades de la empresa.	
☑ Recorrido por frente de obra y presentación del equipo de trabajo (compañeros).	
☑ Política, Principios y Valores.	
☑ Reglamento Interno de Trabajo (Horario, Formas de pago, faltas y sanciones, solicitud de permisos).	
☑ Seguridad Social (ARL, AFP, EPS, Caja de Compensación,).	
☑ Funciones del Cargo.	
II. INDUCCIÒN EN ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
☑ Socialización de la Política del SGI.	
☑ Deberes y Derechos de los Trabajadores.	
☑ Definiciones de Peligro, Riesgo, Condiciones y Actos inseguros.	
☑ Identificación y control de peligros y riesgos en su puesto de trabajo.	
☐ Procedimiento de Accidente de trabajo / enfermedad laboral/ Enfermedad común	
☐ Exámenes Médicos Ocupacionales	
☑ Rutas de evacuación y puntos de encuentro / plan de emergencias	
☐ Entrega de elementos de protección personal, recomendaciones de uso y reposición	
Otro? Cual?: _____	
III. Otras actividades al ingreso del trabajador	
☑ **PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO**	
☑ **NOTIFICACIÓN DE RIESGO**	
☐ **ENCUESTA DE MORBILIDAD**	

Stephanny
Nombre del Coordinador o auxiliar SST

Stephanny
Firma

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) DANIEL

OBSERVACION:

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DE COLABORADORES	
	COD: SST- F 002	versión 1

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR					
Nombre Completo	Jose Antonio Hernandez Gonzales.				
Nº de Identificación	8741258.				
Cargo	Maestro.		Fecha	12/08/2024.	
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☑		Reinducción ☐	Otro: _____	
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☐	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☑	Otro: _____	

I. INDUCCION GENERAL	RESPONSABLE
☑ Explicación de las generalidades de la empresa.	
☑ Recorrido por frente de obra y presentación del equipo de trabajo (compañeros).	
☑ Política, Principios y Valores.	
☑ Reglamento Interno de Trabajo (Horario, Formas de pago, faltas y sanciones, solicitud de permisos).	
☑ Seguridad Social (ARL, AFP, EPS, Caja de Compensación,).	
☑ Funciones del Cargo.	
II. INDUCCIÒN EN ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
☑ Socialización de la Política del SGI.	
☑ Deberes y Derechos de los Trabajadores.	
☑ Definiciones de Peligro, Riesgo, Condiciones y Actos inseguros.	
☑ Identificación y control de peligros y riesgos en su puesto de trabajo.	
☑ Procedimiento de Accidente de trabajo / enfermedad laboral/ Enfermedad común	
☑ Exámenes Médicos Ocupacionales	
☑ Rutas de evacuación y puntos de encuentro / plan de emergencias	
☑ Entrega de elementos de protección personal, recomendaciones de uso y reposición	
Otro? Cual?: _____	
III. Otras actividades al ingreso del trabajador	
☑ **PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO**	
☐ **NOTIFICACIÓN DE RIESGO**	
☑ **ENCUESTA DE MORBILIDAD**	

Stephanny
Nombre del Coordinador o auxiliar SST

Stephanny G
Firma

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) Jose A Hernandez G

OBSERVACION:

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DE COLABORADORES	
	COD: SST- F 002	versión 1

INFORMACIÒN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Jarlin Dnel Valencia.			
Nº de Identificación	72212811			
Cargo	Maestro	Fecha	13/08/2024	
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☑	Reinducción ☐	Otro: _____	
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☐	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☑	Otro: _____

I. INDUCCION GENERAL	RESPONSABLE
☑ Explicación de las generalidades de la empresa.	
☑ Recorrido por frente de obra y presentación del equipo de trabajo (compañeros).	
☑ Política, Principios y Valores.	
☑ Reglamento Interno de Trabajo (Horario, Formas de pago, faltas y sanciones, solicitud de permisos).	
☑ Seguridad Social (ARL, AFP, EPS, Caja de Compensación,).	
☑ Funciones del Cargo.	
II. INDUCCIÒN EN ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
☑ Socialización de la Política del SGI.	
☑ Deberes y Derechos de los Trabajadores.	
☑ Definiciones de Peligro, Riesgo, Condiciones y Actos inseguros.	
☑ Identificación y control de peligros y riesgos en su puesto de trabajo.	
☑ Procedimiento de Accidente de trabajo / enfermedad laboral/ Enfermedad común	
☑ Exámenes Médicos Ocupacionales	
☑ Rutas de evacuación y puntos de encuentro / plan de emergencias	
☑ Entrega de elementos de protección personal, recomendaciones de uso y reposición	
Otro? Cual?: _____	
III. Otras actividades al ingreso del trabajador	
☑ **PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO**	
☑ **NOTIFICACIÓN DE RIESGO**	
☑ **ENCUESTA DE MORBILIDAD**	

Stephanny
Nombre del Coordinador o auxiliar SST

Stephanny Garay
Firma

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) X Jarlin Valencia

OBSERVACION:

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DE COLABORADORES	
	COD: SST- F 002	versión 1

INFORMACIÒN DEL TRABAJADOR					
Nombre Completo	Manuel de Jesús Domínguez Pacheco.				
Nº de Identificación	8772760.				
Cargo	Oficial		Fecha	13/08/2024.	
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☑		Reinducción ☐	Otro: _____	
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☐	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☑	Otro: _____	

I. INDUCCION GENERAL	RESPONSABLE
☑ Explicación de las generalidades de la empresa.	
☑ Recorrido por frente de obra y presentación del equipo de trabajo (compañeros).	
☑ Política, Principios y Valores.	
☑ Reglamento Interno de Trabajo (Horario, Formas de pago, faltas y sanciones, solicitud de permisos).	
☑ Seguridad Social (ARL, AFP, EPS, Caja de Compensación,).	
☑ Funciones del Cargo.	
II. INDUCCIÒN EN ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
☑ Socialización de la Política del SGI.	
☑ Deberes y Derechos de los Trabajadores.	
☑ Definiciones de Peligro, Riesgo, Condiciones y Actos inseguros.	
☑ Identificación y control de peligros y riesgos en su puesto de trabajo.	
☑ Procedimiento de Accidente de trabajo / enfermedad laboral/ Enfermedad común	
☑ Exámenes Médicos Ocupacionales	
☑ Rutas de evacuación y puntos de encuentro / plan de emergencias	
☑ Entrega de elementos de protección personal, recomendaciones de uso y reposición	
Otro? Cual?: _____	
III. Otras actividades al ingreso del trabajador	
☑ **PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO**	
☑ **NOTIFICACIÓN DE RIESGO**	
☑ **ENCUESTA DE MORBILIDAD**	

Stephanny
Nombre del Coordinador o auxiliar SST

Stephanny
Firma

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) _____

OBSERVACION:

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DE COLABORADORES	
	COD: SST- F 002	versión 1

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Ricardo José Manjarrez Parejo.			
Nº de Identificación	1007564070.			
Cargo	Oficial		Fecha	13/08/2024.
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☑		Reinducción ☐	Otro: _____
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☐	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☑	Otro: _____

I. INDUCCION GENERAL	RESPONSABLE
☑ Explicación de las generalidades de la empresa.	
☑ Recorrido por frente de obra y presentación del equipo de trabajo (compañeros).	
☑ Política, Principios y Valores.	
☑ Reglamento Interno de Trabajo (Horario, Formas de pago, faltas y sanciones, solicitud de permisos).	
☑ Seguridad Social (ARL, AFP, EPS, Caja de Compensación,).	
☑ Funciones del Cargo.	
II. INDUCCIÒN EN ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
☐ Socialización de la Política del SGI.	
☐ Deberes y Derechos de los Trabajadores.	
☐ Definiciones de Peligro, Riesgo, Condiciones y Actos inseguros.	
☐ Identificación y control de peligros y riesgos en su puesto de trabajo.	
☐ Procedimiento de Accidente de trabajo / enfermedad laboral/ Enfermedad común	
☐ Exámenes Médicos Ocupacionales	
☐ Rutas de evacuación y puntos de encuentro / plan de emergencias	
☐ Entrega de elementos de protección personal, recomendaciones de uso y reposición	
Otro? Cual?: _____	
III. Otras actividades al ingreso del trabajador	
☐ **PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO**	
☐ **NOTIFICACIÓN DE RIESGO**	
☐ **ENCUESTA DE MORBILIDAD**	

Stephanny
Nombre del Coordinador o auxiliar SST

Stephanny.
Firma

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) Ricardo

OBSERVACION:

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DE COLABORADORES	
	COD: SST- F 002	versión 1

INFORMACIÒN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Julio Cesar Posso Perez.			
Nº de Identificación	1072522158.			
Cargo	Ayudante		Fecha	19/08/2024.
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☑		Reinducción ☐	Otro: _____
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☐	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☑	Otro: _____

I. INDUCCION GENERAL	RESPONSABLE
☑ Explicación de las generalidades de la empresa.	
☑ Recorrido por frente de obra y presentación del equipo de trabajo (compañeros).	
☑ Política, Principios y Valores.	
☑ Reglamento Interno de Trabajo (Horario, Formas de pago, faltas y sanciones, solicitud de permisos).	
☑ Seguridad Social (ARL, AFP, EPS, Caja de Compensación,).	
☑ Funciones del Cargo.	
II. INDUCCIÒN EN ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
☑ Socialización de la Política del SGI.	
☑ Deberes y Derechos de los Trabajadores.	
☑ Definiciones de Peligro, Riesgo, Condiciones y Actos inseguros.	
☑ Identificación y control de peligros y riesgos en su puesto de trabajo.	
☑ Procedimiento de Accidente de trabajo / enfermedad laboral/ Enfermedad común	
☑ Exámenes Médicos Ocupacionales	
☑ Rutas de evacuación y puntos de encuentro / plan de emergencias	
☑ Entrega de elementos de protección personal, recomendaciones de uso y reposición	
Otro? Cual?: _____	
III. Otras actividades al ingreso del trabajador	
☑ **PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO**	
☑ **NOTIFICACIÓN DE RIESGO**	
☑ **ENCUESTA DE MORBILIDAD**	

Stephanny
Nombre del Coordinador o auxiliar SST

Stephanny
Firma

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) Julio posso

OBSERVACION:

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DE COLABORADORES	
	COD: SST- F 002	versión 1

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Andrés Felipe España Punzón.			
Nº de Identificación	1010092215.			
Cargo	Ayudante		Fecha	18/08/2024
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☑		Reinducción ☐	Otro: _____
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☐	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☑	Otro: _____

I. INDUCCION GENERAL	RESPONSABLE
☑ Explicación de las generalidades de la empresa.	
☑ Recorrido por frente de obra y presentación del equipo de trabajo (compañeros).	
☑ Política, Principios y Valores.	
☑ Reglamento Interno de Trabajo (Horario, Formas de pago, faltas y sanciones, solicitud de permisos).	
☑ Seguridad Social (ARL, AFP, EPS, Caja de Compensación,).	
☑ Funciones del Cargo.	
II. INDUCCIÒN EN ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
☑ Socialización de la Política del SGI.	
☑ Deberes y Derechos de los Trabajadores.	
☑ Definiciones de Peligro, Riesgo, Condiciones y Actos inseguros.	
☑ Identificación y control de peligros y riesgos en su puesto de trabajo.	
☑ Procedimiento de Accidente de trabajo / enfermedad laboral/ Enfermedad común	
☑ Exámenes Médicos Ocupacionales	
☑ Rutas de evacuación y puntos de encuentro / plan de emergencias	
☑ Entrega de elementos de protección personal, recomendaciones de uso y reposición	
Otro? Cual?: _____	
III. Otras actividades al ingreso del trabajador	
☑ **PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO**	
☑ **NOTIFICACIÓN DE RIESGO**	
☑ **ENCUESTA DE MORBILIDAD**	

Stephanny
Nombre del Coordinador o auxiliar SST

Stephanny Garay
Firma

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) Andres F. España

OBSERVACION:

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DE COLABORADORES	
	COD: SST- F 002	versión 1

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR					
Nombre Completo	Jorge Eliecer Cantillo Gutierrez.				
Nº de Identificación	1047043732				
Cargo	Oficial		Fecha	13/08/2024.	
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☑		Reinducción ☐	Otro: _____	
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☐	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☑	Otro: _____	

I. INDUCCION GENERAL	RESPONSABLE
☑ Explicación de las generalidades de la empresa.	
☑ Recorrido por frente de obra y presentación del equipo de trabajo (compañeros).	
☑ Política, Principios y Valores.	
☑ Reglamento Interno de Trabajo (Horario, Formas de pago, faltas y sanciones, solicitud de permisos).	
☑ Seguridad Social (ARL, AFP, EPS, Caja de Compensación,).	
☑ Funciones del Cargo.	
II. INDUCCIÒN EN ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
☑ Socialización de la Política del SGI.	
☑ Deberes y Derechos de los Trabajadores.	
☑ Definiciones de Peligro, Riesgo, Condiciones y Actos inseguros.	
☑ Identificación y control de peligros y riesgos en su puesto de trabajo.	
☑ Procedimiento de Accidente de trabajo / enfermedad laboral/ Enfermedad común	
☑ Exámenes Médicos Ocupacionales	
☑ Rutas de evacuación y puntos de encuentro / plan de emergencias	
☑ Entrega de elementos de protección personal, recomendaciones de uso y reposición	
Otro? Cual?: _____	
III. Otras actividades al ingreso del trabajador	
☑ **PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO**	
☑ **NOTIFICACIÓN DE RIESGO**	
☑ **ENCUESTA DE MORBILIDAD**	

Stephanny
Nombre del Coordinador o auxiliar SST

Stephanny Garay
Firma

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) _____

OBSERVACION:

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DE COLABORADORES	
	COD: SST- F 002	versión 1

INFORMACIÒN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Ani luz Suarez Morales.			
Nº de Identificación	1001002453 80			
Cargo		Fecha		
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☑	Reinducción ☐	Otro: _____	
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☐	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☑	Otro: _____

I. INDUCCION GENERAL	RESPONSABLE
☑ Explicación de las generalidades de la empresa.	
☑ Recorrido por frente de obra y presentación del equipo de trabajo (compañeros).	
☑ Política, Principios y Valores.	
☑ Reglamento Interno de Trabajo (Horario, Formas de pago, faltas y sanciones, solicitud de permisos).	
☑ Seguridad Social (ARL, AFP, EPS, Caja de Compensación,).	
☑ Funciones del Cargo.	
II. INDUCCIÒN EN ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
☑ Socialización de la Política del SGI.	
☑ Deberes y Derechos de los Trabajadores.	
☑ Definiciones de Peligro, Riesgo, Condiciones y Actos inseguros.	
☑ Identificación y control de peligros y riesgos en su puesto de trabajo.	
☑ Procedimiento de Accidente de trabajo / enfermedad laboral/ Enfermedad común	
☑ Exámenes Médicos Ocupacionales	
☐ Rutas de evacuación y puntos de encuentro / plan de emergencias	
☑ Entrega de elementos de protección personal, recomendaciones de uso y reposición	
Otro? Cual?: _____	
III. Otras actividades al ingreso del trabajador	
☑ **PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO**	
☑ **NOTIFICACIÓN DE RIESGO**	
☑ **ENCUESTA DE MORBILIDAD**	

Stephanny
Nombre del Coordinador o auxiliar SST

Stephanny
Firma

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) Ani luz suarez

OBSERVACION:

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DE COLABORADORES	
	COD: SST- F 002	versión 1

INFORMACIÒN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Eroc Díaz Acosta.			
Nº de Identificación	72215503.			
Cargo	Oficial	Fecha	13/08/2024.	
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☑	Reinducción ☐	Otro: _____	
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☐	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☑	Otro: _____

I. INDUCCION GENERAL	RESPONSABLE
☐ Explicación de las generalidades de la empresa.	
☑ Recorrido por frente de obra y presentación del equipo de trabajo (compañeros).	
☑ Política, Principios y Valores.	
☑ Reglamento Interno de Trabajo (Horario, Formas de pago, faltas y sanciones, solicitud de permisos).	
☐ Seguridad Social (ARL, AFP, EPS, Caja de Compensación,).	
☑ Funciones del Cargo.	
II. INDUCCIÒN EN ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
☐ Socialización de la Política del SGI.	
☑ Deberes y Derechos de los Trabajadores.	
☑ Definiciones de Peligro, Riesgo, Condiciones y Actos inseguros.	
☑ Identificación y control de peligros y riesgos en su puesto de trabajo.	
☑ Procedimiento de Accidente de trabajo / enfermedad laboral/ Enfermedad común	
☑ Exámenes Médicos Ocupacionales	
☑ Rutas de evacuación y puntos de encuentro / plan de emergencias	
☑ Entrega de elementos de protección personal, recomendaciones de uso y reposición	
Otro? Cual?: _____	
III. Otras actividades al ingreso del trabajador	
☑ **PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO**	
☑ **NOTIFICACIÓN DE RIESGO**	
☐ **ENCUESTA DE MORBILIDAD**	

Stephanny
Nombre del Coordinador o auxiliar SST

Stephanny C.
Firma

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) Eroc

OBSERVACION:

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DE COLABORADORES	
	COD: SST- F 002	versión 1

INFORMACIÒN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Aldrin Valencia.			
Nº de Identificación	8769402.			
Cargo	Maestro		Fecha	13/08/2024.
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☑		Reinducción ☐	Otro: _____
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☐	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☑	Otro: _____

I. INDUCCION GENERAL	RESPONSABLE
☑ Explicación de las generalidades de la empresa.	
☑ Recorrido por frente de obra y presentación del equipo de trabajo (compañeros).	
☑ Política, Principios y Valores.	
☑ Reglamento Interno de Trabajo (Horario, Formas de pago, faltas y sanciones, solicitud de permisos).	
☑ Seguridad Social (ARL, AFP, EPS, Caja de Compensación,).	
☑ Funciones del Cargo.	
II. INDUCCIÒN EN ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
☑ Socialización de la Política del SGI.	
☑ Deberes y Derechos de los Trabajadores.	
☑ Definiciones de Peligro, Riesgo, Condiciones y Actos inseguros.	
☑ Identificación y control de peligros y riesgos en su puesto de trabajo.	
☑ Procedimiento de Accidente de trabajo / enfermedad laboral/ Enfermedad común	
☑ Exámenes Médicos Ocupacionales	
☑ Rutas de evacuación y puntos de encuentro / plan de emergencias	
☑ Entrega de elementos de protección personal, recomendaciones de uso y reposición	
Otro? Cual?: _____	Stephanny Nombre del Coordinador o auxiliar SST
III. Otras actividades al ingreso del trabajador	
☑ **PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO**	Stephanny Garay Firma
☑ **NOTIFICACIÓN DE RIESGO**	
☑ **ENCUESTA DE MORBILIDAD**	

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) Aldrin Valencia

OBSERVACION:

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN DE COLABORADORES	
	COD: SST- F 002	versión 1

INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR				
Nombre Completo	Julián Javier Ortegas Martinez.			
Nº de Identificación	1005708682.			
Cargo	Ayudante		Fecha	13/08/2024.
Seleccione el tipo de inducción	Nuevo colaborador ☑		Reinducción ☐	Otro:
Seleccione tipo de contrato de quien recibe la inducción	Obra/labor ☐	Indefinido ☐	Prestación de Servicios ☑	Otro:

I. INDUCCION GENERAL	RESPONSABLE
☑ Explicación de las generalidades de la empresa.	
☑ Recorrido por frente de obra y presentación del equipo de trabajo (compañeros).	
☑ Política, Principios y Valores.	
☑ Reglamento Interno de Trabajo (Horario, Formas de pago, faltas y sanciones, solicitud de permisos).	
☑ Seguridad Social (ARL, AFP, EPS, Caja de Compensación,).	
☐ Funciones del Cargo.	
II. INDUCCIÒN EN ASPECTOS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
☑ Socialización de la Política del SGI.	
☐ Deberes y Derechos de los Trabajadores.	
☐ Definiciones de Peligro, Riesgo, Condiciones y Actos inseguros.	
☑ Identificación y control de peligros y riesgos en su puesto de trabajo.	
☐ Procedimiento de Accidente de trabajo / enfermedad laboral/ Enfermedad común	
☐ Exámenes Médicos Ocupacionales	
☑ Rutas de evacuación y puntos de encuentro / plan de emergencias	
☐ Entrega de elementos de protección personal, recomendaciones de uso y reposición	
Otro? Cual?: _____	
III. Otras actividades al ingreso del trabajador	
☑ **PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO**	
☐ **NOTIFICACIÓN DE RIESGO**	
☑ **ENCUESTA DE MORBILIDAD**	

Stephanny
Nombre del Coordinador o auxiliar SST

Stephanny Garcia
Firma

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) _____

OBSERVACION:

Anexo 6, Notificación de riesgo personal que ingreso en el periodo

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	NOTIFICACION DE RIESGO	VERSION 1 COD. SST. F-007 PAG 1 DE 2

PROYECTO:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE		
FECHA DE NOTIFICACION	22/08/2024.	NUMERO DE TRABAJADORES NOTIFICADOS:	13
ACTIVIDAD:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL		

TAREA PRINCIPAL SEGÚN CARGO:

CARGO	TAREAS	CARGO	TAREAS
Oficial	Armado de columnas, vigas.		
Ayudante	Transporte de Material y armado de hierro.		

RIESGOS		EFECTOS POSIBLES A LA SALUD	MEDIDAS / SISTEMAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL EXISTENTES	MEDIDAS DE CONTROL QUE DEBE CUMPLIR EL TRABAJADOR
DESCRIPCIÓN	CLASIFICACIÓN			
Superficies de trabajo inadecuadas	Condiciones de Seguridad	Contusiones Esguinces y torceduras Golpes Fracturas Raspones Caídas al mismo nivel Cortadas	Charlas de Seguridad Implementar análisis de trabajo seguro (Para actividades no contempladas en los riesgos) Dotación de elementos de protecció personal acordes a la labor.	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimietno de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Atrapamientos entre máquinas en movimiento, cuando se abastece la mezcladora	Condiciones de Seguridad	Atrapamiento, fracturas, amputación.	Programa de inspecciones y mantenimiento de equipos Procedimientos de trabajo Normas de seguridad Educación al personal	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimietno de seguridad. Asistir a la programacion de exámenes ocupacionales
Accidentes (Volcaduras, Atropellamiento y/o aplastamiento)	Condiciones de Seguridad	Golpes Fracturas Heridas Contusiones Muerte	Programa de inspecciones y mantenimiento de equipos Procedimientos de trabajo Normas de seguridad Educación al personal	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimietno de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Manipulacion de Objetos Corto punzantes	Condiciones de Seguridad	Heridas Laceraciones	Charlas de Seguridad Implementar análisis de trabajo seguro (Para actividades no contempladas en los riesgos) Dotación de elementos de protecció personal acordes a la labor.	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimietno de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Contactos con bacterias y hongos por las aguas estancadas.	Biológico	Mareos, vómitos, alergias, afecciones en la piel y del Sistema Respiratorio	Charlas de Seguridad Implementar análisis de trabajo seguro (Para actividades no contempladas en los riesgos) Dotación de elementos de protecció personal acordes a la labor.	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimietno de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Exposición a agentes biológicos como virus SARS-CoV-2 (contacto directo entre personas, contacto con objetos contaminados)	Biológico	Enfermedad COVID-19, Infección Respiratoria Aguda (IRA) de leve a grave, que puede ocasionar enfermedad pulmonar crónica, neumonía o muerte.	Esquema completo de vacunacion Capacitación frente al riesgo Lavado de manos frecuente Distanciamiento físico Hidratación constante del personal Disposición de insumos para la desinfección (Alchol, hipoclorito, detergente, jabon)	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimietno de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Manipulación de cargas por encima de 25 kg	Biomecánico	Fatiga muscular Lesiones osteomusculares Hernias Discales	Charlas de Seguridad Realización de exámen medico ocupacional Dotación de elementos de protecció personal acordes a la labor.	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimietno de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Vibraciones cuerpo entero	Físico	En columna vertebral: Lumbalgias, espondilitis, osteocondilitis intervertebral, calcificación de discos, etc. Aparato digestivo: Hemorroides, enfermedades gástricas. Aparato urogenital: Prostatitis, hematuria Visión: Pérdida de agudeza visual. Comportamiento: Retardo en el tiempo de reacción, menor habilidad manual, irritación nerviosa Síndrome de Raynaud	Programa de inspecciones y mantenimiento de equipos Procedimientos de trabajo Normas de seguridad Educación al personal Dotación de elementos de protecció personal acordes a la labor	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimietno de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Ruido Continuo originado por (Máquina cortadora - Taladro Retroexcavadora)	Físico	Fatiga Desconcentración Disconfort	Programa de inspecciones y mantenimiento de equipos Procedimientos de trabajo Normas de seguridad Educación al personal Dotación de elementos de protecció personal acordes a la labor	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimietno de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales

Contacto con sustancias	Químico	Efectos solo cuando se ingiere e inhala, como irritaciones, dolor de cabeza y vértigo	Programa de inspecciones y mantenimiento de equipos Publicación y socialización de las hojas de seguridad Educación al personal Dotación de elementos de protecció personal acordes a la labor	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimietno de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Presencia de Polvos Generación de polvos al realizar las labores de excavación y durante el traslado de escombros a los puntos de recolección	Químico	Alergias y dermatitis Quemaduras químicas irritación ocular asfixia	Programa de inspecciones y mantenimiento de equipos Publicación y socialización de las hojas de seguridad Educación al personal Dotación de elementos de protecció personal acordes a la labor	Utilización de los elementos de protección personal. Acatamiento a los procedimietno de seguridad. Asistir a la programación de exámenes ocupacionales
Trabajo bajo presión, por atrasos o entregas parciales	Psicosocial	Estrés, cansancio, fatiga, ansiedad,	Comités de Convencial Laboral operativo	
OTROS				

Declaro que he sido notificado de todos los riesgos a los cuales puedo estar expuesto durante la jornada laboral y me comprometo a cumplir con las normas de seguridad y otras disposiciones establecidas por la empresa para prevenir la ocurrencia de Accidentes de Trabajo y Enfermedades laborales, de conformidad firmo este documento:

NOMBRE DEL TRABAJADOR	IDENTIFICACION	CARGO	FIRMA
Enoc Díaz	72215503	oficial	
IVAN DORIA	1064310879	AYUDANTE	
Manuel Domiguez	8772760	Ofic	
Hugo Garay	1005708729	ayudante	Hugo Garay
Sumposso	1072522158	obrero	Sumposso
Oswaldo Burgo	1131108401	Oficial	
Gabriel Moreno Licona	1072529607	obrero	
Ricardo montoYES	1007564070	OF	
Julian Ortega	1003708628	Obra	
Luis Miguel Contreras	1131708111	ayudante	
Jorge Castillo	1047043732	Of	
Ani luz suarez M.	1007245380	ayudante	Ani luz suarez

RESPONSABLES	INFORMACION DE LA PERSONA QUE SOCIALIZA NOMBRE Y APELLIDOS	FIRMA
CORDINADOR SST	Stephanny Garay	
AUXILIAR SST		Stephanny G.

Anexo 7, Capacitaciones SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Version. 1
		Cod: SST-F12
	ACTA DE REUNIÓN Y/O CAPACITACIÓN	Pag. 1 de 1

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE		
FECHA:	26/08/2024	DURACIÓN:	30min.
NOMBRE DE QUIÉN PRESIDE :	Stephanny Garay		

DIVULGACION DE ;	TEMAS DE LA CHARLA, CAPACITACIÓN O ENTRENAMIENTO
☐ INDUCCIÓN	• Uso e importancia de los EPP y dotación
☑ CAPACITACIÓN	• Cultura de autocuidado
☐ ENTRENAMIENTO	• Orden y Aseo.
☐ REUNIÓN	
☐ ACTIVIDAD	

N	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	Manuel Tobar Correa	Oficial		
2	Luis Septilveda	Ayudante		
3	Evro A Fuentes Acosta	Oficial		
4	Daniel Montesoza Gonzalez	Oficial		
5	Diego Barrera	Oficial		
6	Webdith Miranda	Oficial		
7	Sander Chamorro	Oficial		
8	Gabriel Moreno Liana	Obrero		
9	Gustavo Maderazgo Pedroza	obrero		
10	Alexander Vargas Gallego	obrero		
11	[illegible]	[illegible]		
12	Cristian Valencia	Maestro		
13	[illegible]	Albañil		
14	YOVANNY	JOUS		
15	William Jose	Obrero		
16	Julio cesar pisso Perez	obrero		
17	Andres Mayorga Quiroga	Bodega.		
18	Eduardo Pabrera H.	Maestro		
19	Hermes	Jous		
20	Osvaldo Ubarnes	oficial		
21	Jesus Alberto Tarazona	obrero		
22	Jairo Ramos Rodriguez	obrero		
23	Carlos Blanquicett Rivera	obrero		
24	Julian Arteaga	Obra		
25	Ana luz Suarez	Ayudante		
26	Jorge Cantillo			
27	Reinaldo manjarrez			
28	Juan Ospina	Ayudante		
29	Hugo Garay	obrero		
30	Luis Mendoza Martinez	Obrero		
31	Edwin Ruiz Zapata	Obrero		
32				
33				

Stephanny Garay.
RESPONSABLE

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Version. 1
		Cod: SST-F12
	ACTA DE REUNIÓN Y/O CAPACITACIÓN	Pag. 1 de 1

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE		
FECHA:	26/08/2024	DURACIÓN:	20min.
NOMBRE DE QUIÉN PRESIDE :	Stephanny		

DIVULGACION DE ;	TEMAS DE LA CHARLA, CAPACITACIÓN O ENTRENAMIENTO
☑ INDUCCIÓN	Inducción de Ingreso.
☐ CAPACITACIÓN	
☐ ENTRENAMIENTO	
☐ REUNIÓN	
☐ ACTIVIDAD	

N	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	Diana Mullo Moreno	obrero	Diana Mullo	Diana Mullo
2	Juan David Correa Hernandez	Obrero	Consorcio CMO	Juan Correa
3	JHOAN SEBASTIAN ZUÑIGA L	obrero	consorcio CMO	
4	Marcelino Rico Ruiz	oficial	Consorcio CMO	
5	Luis Enrique Ladeuth Suarez	Obrero	Consorcio CMO	
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				

Stephanny Garay
RESPONSABLE

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Version. 1
		Cod: SST-F12
	ACTA DE REUNIÓN Y/O CAPACITACIÓN	Pag. 1 de 1

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE		
FECHA:	12/08/2024	DURACIÓN:	25min.
NOMBRE DE QUIÉN PRESIDE :	Stephanny Garay		

DIVULGACION DE ;	TEMAS DE LA CHARLA, CAPACITACIÓN O ENTRENAMIENTO
☑ INDUCCIÓN	Inducción de Ingreso.
☐ CAPACITACIÓN	
☐ ENTRENAMIENTO	
☐ REUNIÓN	
☐ ACTIVIDAD	

N	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	Diego Barrera Oparela	Herrero		Diego's
2	YUAN TH Miranda cortez	Herrero		
3	Daider cuarmero	Herrero		Daider
4	DANIEL Monterroza Combas	Herrero		DANIEL
5	JOFFRAN			
6	William Jose Hernandez	Herrero		William
7	Roberto Alamez	Herrero		Roberto
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				

Stephanny Garay.
RESPONSABLE

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Version. 1
		Cod: SST-F12
	ACTA DE REUNIÓN Y/O CAPACITACIÓN	Pag. 1 de 1

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE		
FECHA:	13/08/2024	DURACIÓN:	25 min.
NOMBRE DE QUIÉN PRESIDE :	Stephanny Garay		

DIVULGACION DE ;	TEMAS DE LA CHARLA, CAPACITACIÓN O ENTRENAMIENTO
☑ INDUCCIÓN	Inducción de Ingreso.
☐ CAPACITACIÓN	
☐ ENTRENAMIENTO	
☐ REUNIÓN	
☐ ACTIVIDAD	

N	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	Javier Valera	Encargado		Javier Valera
2	Cristian Valencia	Encargado		Cristian Valencia
3	Ricardo manjarrez	Herrero		
4	Jorge Carrillo	Herrero		
5	Julio Posso Perez	obrero		Julio Posso
6	Manuel Daza	Oficial		Manuel Daza
7	Enocdoro Acosta	Oficial		
8	Jolyan ortega m	Obrero		
9	Andres Felipe España pinzon	obrero		Andres F. España
10	Ani luz suarez Morales	obrera		Ani luz suarez Morales
11	Gabriel Moreno Licona	obrero		Gabriel
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				

Stephanny Garay.
RESPONSABLE

Anexo 8, Concepto medico de las evaluaciones medicas de ingreso,

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Version. 1
		Cod: SST-F21
	SEGUIMIENTO EXAMENES OCUPACIONALES	Pag. 1 de 1

PROYECTO:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
FECHA ACTUALIZACION	30/08/2024

No.	Nombre	cedula	Examen de Ingreso Fecha	Examen Periódico Fecha	Examen de Retiro Fecha	Observaciones y Recomendaciones
1	WILLIAM JOSE DE AGUSTIN HERNANDEZ	1067400596	POR PROGRAMAR			
2	MANUEL FRANCISCO TOBAR CORREA	15029586	POR PROGRAMAR			
3	YOFRAN ANDRES SUAREZ ALVIS	1131104539	POR PROGRAMAR			
4	ROMULO EDUARDO PALMERA APARICIO	11000373	POR PROGRAMAR			
5	JESUS ALBERTO TARRAS CORDOBA	1131108265	POR PROGRAMAR			
6	ALEXANDER VERGARA GALLEGO	1131108085	POR PROGRAMAR			
7	CRISTIAN DAVID MALARIAGA LADEUTH	1072522613	POR PROGRAMAR			
8	HEYNER ALFONSO MONSALVO CASTRO	85083707	POR PROGRAMAR			
9	JESUS ANDRES YANEZ CORONADO	1131105153	POR PROGRAMAR			
10	TOMAS ZUÑIGA ARTEAGA	1131108815	POR PROGRAMAR			
11	HELMUTH TOUS PEÑATA	73231900	POR PROGRAMAR			
12	ANDRES SEGUNDO YANEZ RINCON	78713047	POR PROGRAMAR			
13	JEAN CARLOS CARDENAS BOHORQUEZ	1007245363	POR PROGRAMAR			
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						

FIRMA COORDINADOR SST

FIRMA AUXILIAR SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Version. 1
		Cod: SST-F21
	SEGUIMIENTO EXAMENES OCUPACIONALES	Pag. 1 de 1

PROYECTO:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
FECHA ACTUALIZACION	30/08/2024

No.	Nombre	cedula	Examen de Ingreso Fecha	Examen Periódico Fecha	Examen de Retiro Fecha	Observaciones y Recomendaciones
1	PEDRO JAFET MARQUEZ PEREGRINO	1131107808	POR PROGRAMAR			
2	KEVIN DAVID SIERRA ZUÑIGA	1131104278	POR PROGRAMAR			
3	KENER GONZALEZ BANQUET	1007245339	POR PROGRAMAR			
4	JUAN CARLOS INSIGNARES GLORIA	1131110865	POR PROGRAMAR			
5	JOHNNY LUIS DORIA MOLINA	15034491	POR PROGRAMAR			
6	CARLOS MARIO SIERRA BELLO	1131106681	POR PROGRAMAR			
7	JAVIER ANDRES BARRETO DIAZ	1007663238	POR PROGRAMAR			
8	KEVIN FUENTES JULIO	1072529244	POR PROGRAMAR			
9	CORREA HERNANDEZ JUAN DAVID	1192777765	POR PROGRAMAR			
10	DIANA MARIA MURILLO MORENO	50988098	POR PROGRAMAR			
11	JAIRO DE JESUS RAMOS RODRÍGUEZ	18857561	POR PROGRAMAR			
12	OSCAR MIGUEL CAUSIL GALVAN	1073809586	POR PROGRAMAR			
13	AGAMEZ JIMENEZ ROBERTO ANTONIO	1003655736	POR PROGRAMAR			
14	WUADITH ANTONIO MIRANDO CORTES	1151188615	POR PROGRAMAR			
15	JAIDER JOSÉ CHAMORRO ESTRADA	92640310	POR PROGRAMAR			
16	DIEGO ALEJANDRO BARRERA UPARELA	15725762	POR PROGRAMAR			
17	EVER ANTONIO FUENTES ARCIA	92539319	POR PROGRAMAR			
18	ROBERTO ANTONIO AGAMEZ JIMENEZ	1003655736	POR PROGRAMAR			
19	DANIEL DAVID MONTERROZA GONZALEZ	1129504510	POR PROGRAMAR			
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						

FIRMA COORDINADOR SST

FIRMA AUXILIAR SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Version. 1
		Cod: SST-F21
	SEGUIMIENTO EXAMENES OCUPACIONALES	Pag. 1 de 1

PROYECTO:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
FECHA ACTUALIZACION	30/08/2024

No.	Nombre	cedula	Examen de Ingreso Fecha	Examen Periódico Fecha	Examen de Retiro Fecha	Observaciones y Recomendaciones
1	RICARDO JOSE MANJARREZ PAREJO	1007564070	POR PROGRAMAR			
2	ENOC DIAZ ACOSTA	72215503	POR PROGRAMAR			
3	ANDRÉS FELIPE ESPAÑA PINZÓN	1010092215	POR PROGRAMAR			
4	ANI LUZ SUAREZ MORALES	1007245380	POR PROGRAMAR			
5	GABRIEL MORENO LICONA	1072529607	POR PROGRAMAR			
6	JULIAN JAVIER ORTEGA MARTINEZ	1005708682	POR PROGRAMAR			
7	JULIO CESAR POSSO PEREZ	1072522158	POR PROGRAMAR			
8	MIGUEL ANGEL RAMOS ALVAREZ	1131104839	POR PROGRAMAR			
9	HUGO ALBERTO GARAY GLORIA	1005708729	POR PROGRAMAR			
10	IVAN DANILO DORIA TIRADO	1064310879	POR PROGRAMAR			
11	LUIS MIGUEL CONTRERAS RINCO	1131108111	POR PROGRAMAR			
12	OSCAR ANTONIO RAMOS BEDOYA	78034012	POR PROGRAMAR			
13	LUISA SIBAJA LUNA	1003395473	POR PROGRAMAR			
14	JOSE ANTONIO HERNANDEZ GONZALEZ	8741258	POR PROGRAMAR			
15	DANIEL DARIO PALOMINO ALVAREZ	78030594	POR PROGRAMAR			
16	HELIODORO PRADA REGINO	78717284	POR PROGRAMAR			
17	OSCAR MIGUEL CAUSIL GALVAN	1073809586	POR PROGRAMAR			
18	LUIS ENRIQUE LADEUTH SUAREZ	1131108805	POR PROGRAMAR			
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						

FIRMA COORDINADOR SST

FIRMA AUXILIAR SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Version. 1
		Cod: SST-F21
	SEGUIMIENTO EXAMENES OCUPACIONALES	Pag. 1 de 1

PROYECTO:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
FECHA ACTUALIZACION	30/08/2024

No.	Nombre	cedula	Examen de Ingreso Fecha	Examen Periódico Fecha	Examen de Retiro Fecha	Observaciones y Recomendaciones
1	JUAN FERNANDO BRAVO GOMEZ	1003655506	PENDIENTE			
2	ALBERTO ENRIQUE JARABA SUAREZ	1007245323	PENDIENTE			
3	PEDRO LUIS MURILLO DE HOYOS	9229029	PENDIENTE			
4	MARCELIANO DIAZ TORCEDILLA	71980964	13/07/2024			APTO SIN RESTRICION
5	LUIS MIGUEL CONTRERAS RINCO	1131108111	13/07/2024			APTO SIN RESTRICION
6	ABRAHAM RODRIGUEZ ESCUDERO	1193043889	13/07/2024			APTO SIN RESTRICION
7	GUSTABO RAMOS DÍAZ	1131110304	13/07/2024			APTO SIN RESTRICION
8	YEINER LUIS HERNANDEZ ALVAREZ	1003561521	16/07/2024			APTO SIN RESTRICION
9	GERMAN ALONSO PERALTA CARDENAS	1005708688	16/07/2024			APTO SIN RESTRICION
10	JUAN DAVID RAMOS DIAZ	1131111481	16/07/2024			APTO SIN RESTRICION
11	YOFRAN ANDRES SUAREZ ALVIS	1131104539	16/07/2024			APTO SIN RESTRICION
12	MANUEL FRANCISCO TOBAR CORREA	15029586	16/07/2024			APTO SIN RESTRICION
13	ANDRES SEGUNDO YANEZ RINCON	78713047	16/07/2024			APTO SIN RESTRICION
14	IVAN DARIO GARAY GLORIA	1193142465	16/07/024			APTO SIN RESTRICION
15	ALDRIN ROBERT VALENCIA	8769402	POR PROGRAMAR			
16	JARLIN ARIEL VALENCIA	72212811	POR PROGRAMAR			
17	JORGE ELIECER CANTILLO GUTIERREZ	1047043732	POR PROGRAMAR			
18	MANUEL DE JESUS DOMINGUEZ PACHECHO	8772760	POR PROGRAMAR			
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						

FIRMA COORDINADOR SST

FIRMA AUXILIAR SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Version. 1
		Cod: SST-F21
	SEGUIMIENTO EXAMENES OCUPACIONALES	Pag. 1 de 1

PROYECTO:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
FECHA ACTUALIZACION	20/08/2024

No.	Nombre	cedula	Examen de Ingreso Fecha	Examen Periódico Fecha	Examen de Retiro Fecha	Observaciones y Recomendaciones
1	DINEY PAMELA OSPINO JÍMENEZ	1.067.920.553	22/06/2024			APTO SIN RESTRICION
3	KAROLAY CARABALLO REYES	1.069.496.540	1/08/2024			APTO SIN RESTRICION
4	TANIA DAYANA YENERIS PADILLA	1.131.107.171	6/07/2024			APTO SIN RESTRICION
5	LUIS DANIEL PUERTA DIAZ	1.140.898.636	1/07/2024			APTO SIN RESTRICION
6	CUAVAS ESQUIVEL TOMAS SEGUNDO	9.229.788	2/07/2024			APTO SIN RESTRICION
7	STEPHANNY GARAY SALGADO	1.131.104.122	1/07/2024			APTO SIN RESTRICION
8	LUIS EDUARDO SALGADO PADILLA	1.067.280.132	1/07/2024			APTO SIN RESTRICION
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						

FIRMA COORDINADOR SST

FIRMA AUXILIAR SST

SOIT S.A.S NIT 900364179-6	CONCEPTO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL	Versión: 1.0 01/01/2017

DATOS BASICOS					
EMPRESA	CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE			CIUDAD	TOLU
NOMBRE	KAROLAY CARABALLO REYES			FECHA	AGOSTO 01 2024
CEDULA	1069496540	EDAD	29	HORA	8:00 A.M.
CARGO TRABAJADOR	PSICOLAGA				
EPS	NUEVA EPS	ARL			

TIPO DE EXAMEN					
INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO	

EXAMENES RELIZADOS									FOTO
	N	A		N	A		N	A	
COLESTEROL			FROTIS DE GARGANTA			ESPIROMETRIA			
TRIGLICERIDOS			COPROLOGICO			HDL			
GLICEMIA			BK			LDL			
UROANALISIS			FOSFATASA ALCALINA			ENFASIS OSTEOMUSCULAR	X		
HEMOGRAMA			RX LUMBO SACRO PA Y LATERAL						
GOT-GPT			RX DE TORAX						
CREATININA			EKG						
BUN			V. PSICOLOGICA						
VDRL			OPTOMETRIA						
KOH DE UÑAS			AUDIOMETRIA						

POR MEDIO DE LA PRESENTE SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES						
	APTO			NO APTO		N/A
CONCEPTO APTITUD EXAMEN MEDICO DE INGRESO	X					
CONCEPTO EXAMEN PERIODICO						X
CONCEPTO EXAMEN EGRESO						X
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS						X
APTO PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS						X
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS						X
A LA FECHA NO PRESENTA ANTECEDENTES DE CONTACTO Y SINTOMATOLOGIA COVID-19	X					
APTO CON RESTRICCIONES PARA SU CARGO	SI			NO		X
APLAZADO POR CONDICIONES QUE AFECTAN EL CARGO AL QUE ASPIRA	SI			NO		X

DESCRIPCION DE LA LIMITACION O RESTRICCION			
LENTES PERMANENTES		RESTRICCION DE CARGA	
TRABAJO EN ALTURAS		VALORACION POR EPS	
ESPACIOS CONFINADOS			

RECOMENDACIONES			
DIETA Y EJERCICIO	X	ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	
INCLUIR EN EL SVE AUDITIVO		VALORACION NUTRICION POR SU EPS	X
LENTES PARA CERCA		CONTROL MENSUAL POR SU EPS POR HTA Y DIABETES	

Fernando García García MEDICO GENERAL SALUD OCUPACIONAL LSST 730	KAROLAY CARABALLO REYES 1069496540
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO LSST 730	FIRMA DEL PACIENTE Y CEDULA

POR MEDIO DE ESTE CONCEPTO DAMOS CUMPLIMIENTO A LAS RESOLUCIONES 2346/2007 - 3673/2008 - 1486/2009 DECRETO 1507/2014 DE MIN. PROTECCIÓN SOCIAL.

SOIT S.A.S NIT 900364179-6	CONCEPTO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL	Versión: 1.0 01/01/2017

DATOS BASICOS					
EMPRESA	CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE			CIUDAD	TOLU
NOMBRE	LUIS DANIEL PUERTAS DIAZ			FECHA	AGOSTO 01 2024
CEDULA	1140898636	EDAD	26	HORA	8:00 A.M.
CARGO TRABAJADOR	RESIDENTE DE OBRA				
EPS	NUEVA EPS	ARL			

TIPO DE EXAMEN					
INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO	

EXAMENES RELIZADOS									FOTO
	N	A		N	A		N	A	
COLESTEROL			FROTIS DE GARGANTA			ESPIROMETRIA			
TRIGLICERIDOS			COPROLOGICO			HDL			
GLICEMIA			BK			LDL			
UROANALISIS			FOSFATASA ALCALINA			ENFASIS OSTEOMUSCULAR	X		
HEMOGRAMA			RX LUMBO SACRO PA Y LATERAL						
GOT-GPT			RX DE TORAX						
CREATININA			EKG						
BUN			V. PSICOLOGICA						
VDRL			OPTOMETRIA						
KOH DE UÑAS			AUDIOMETRIA						

POR MEDIO DE LA PRESENTE SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES						
	APTO			NO APTO		N/A
CONCEPTO APTITUD EXAMEN MEDICO DE INGRESO	X					
CONCEPTO EXAMEN PERIODICO						X
CONCEPTO EXAMEN EGRESO						X
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS						X
APTO PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS						X
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS						X
A LA FECHA NO PRESENTA ANTECEDENTES DE CONTACTO Y SINTOMATOLOGIA COVID-19	X					
APTO CON RESTRICCIONES PARA SU CARGO	SI			NO		X
APLAZADO POR CONDICIONES QUE AFECTAN EL CARGO AL QUE ASPIRA	SI			NO		X

DESCRIPCION DE LA LIMITACION O RESTRICCION			
LENTES PERMANENTES		RESTRICCION DE CARGA	
TRABAJO EN ALTURAS		VALORACION POR EPS	
ESPACIOS CONFINADOS			

RECOMENDACIONES			
DIETA Y EJERCICIO	X	ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	
INCLUIR EN EL SVE AUDITIVO		VALORACION NUTRICION POR SU EPS	
LENTES PARA CERCA		CONTROL MENSUAL POR SU EPS POR HTA Y DIABETES	

Fernando García García MEDICO GENERAL SALUD OCUPACIONAL LSST 730	LUIS DANIEL PUERTAS DIAZ 1140898636
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO LSST 730	FIRMA DEL PACIENTE Y CEDULA

POR MEDIO DE ESTE CONCEPTO DAMOS CUMPLIMIENTO A LAS RESOLUCIONES 2346/2007 - 3673/2008 - 1486/2009 DECRETO 1507/2014 DE MIN. PROTECCIÓN SOCIAL.

SOIT S.A.S NIT 900364179-6	CONCEPTO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL	Versión: 1.0 01/01/2017

DATOS BASICOS					
EMPRESA	CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE			CIUDAD	TOLU
NOMBRE	STEPHANNY GARAY SALGADO			FECHA	AGOSTO 01 2024
CEDULA	1131104122	EDAD	21	HORA	8:00 A.M.
CARGO TRABAJADOR	AUXILIAR HSE				
EPS	NUEVA EPS	ARL			

TIPO DE EXAMEN					
INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO	

EXAMENES RELIZADOS									FOTO
	N	A		N	A		N	A	
COLESTEROL			FROTIS DE GARGANTA			ESPIROMETRIA			
TRIGLICERIDOS			COPROLOGICO			HDL			
GLICEMIA			BK			LDL			
UROANALISIS			FOSFATASA ALCALINA			ENFASIS OSTEOMUSCULAR	X		
HEMOGRAMA			RX LUMBO SACRO PA Y LATERAL						
GOT-GPT			RX DE TORAX						
CREATININA			EKG						
BUN			V. PSICOLOGICA						
VDRL			OPTOMETRIA						
KOH DE UÑAS			AUDIOMETRIA						

POR MEDIO DE LA PRESENTE SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES						
	APTO			NO APTO		N/A
CONCEPTO APTITUD EXAMEN MEDICO DE INGRESO	X					
CONCEPTO EXAMEN PERIODICO						X
CONCEPTO EXAMEN EGRESO						X
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS						X
APTO PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS						X
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS						X
A LA FECHA NO PRESENTA ANTECEDENTES DE CONTACTO Y SINTOMATOLOGIA COVID-19	X					
APTO CON RESTRICCIONES PARA SU CARGO	SI			NO		X
APLAZADO POR CONDICIONES QUE AFECTAN EL CARGO AL QUE ASPIRA	SI			NO		X

DESCRIPCION DE LA LIMITACION O RESTRICCION			
LENTES PERMANENTES		RESTRICCION DE CARGA	
TRABAJO EN ALTURAS		VALORACION POR EPS	
ESPACIOS CONFINADOS			

RECOMENDACIONES			
DIETA Y EJERCICIO		ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	X
INCLUIR EN EL SVE AUDITIVO		VALORACION NUTRICION POR SU EPS	
LENTES PARA CERCA		CONTROL MENSUAL POR SU EPS POR HTA Y DIABETES	

Fernando García Garcés MEDICO GENERAL SALUD OCUPACIONAL LSST 730	STEPHANNY GARAY SALGADO 1131104122
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO LSST 730	FIRMA DEL PACIENTE Y CEDULA

POR MEDIO DE ESTE CONCEPTO DAMOS CUMPLIMIENTO A LAS RESOLUCIONES 2346/2007 - 3673/2008 - 1486/2009 DECRETO 1507/2014 DE MIN. PROTECCIÓN SOCIAL.

SOIT S.A.S NIT 900364179-6	CONCEPTO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL	Versión: 1.0 01/01/2017

DATOS BASICOS					
EMPRESA	CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE			CIUDAD	TOLU
NOMBRE	TANIA DAYANA YENERIS PADILLA			FECHA	AGOSTO 05 2024
CEDULA	1.131.107.171	EDAD	33	HORA	9:10 A.M.
CARGO TRABAJADOR	INGENIERA AMBIENTAL				
EPS	SANITAS	ARL			

TIPO DE EXAMEN					
INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO	

EXAMENES RELIZADOS									FOTO
	N	A		N	A		N	A	
COLESTEROL			FROTIS DE GARGANTA			ESPIROMETRIA			
TRIGLICERIDOS			COPROLOGICO			HDL			
GLICEMIA			BK			LDL			
UROANALISIS			FOSFATASA ALCALINA			ENFASIS OSTEOMUSCULAR	X		
HEMOGRAMA			RX LUMBO SACRO PA Y LATERAL						
GOT-GPT			RX DE TORAX						
CREATININA			EKG						
BUN			V. PSICOLOGICA						
VDRL			OPTOMETRIA						
KOH DE UÑAS			AUDIOMETRIA						

POR MEDIO DE LA PRESENTE SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES						
	APTO			NO APTO		N/A
CONCEPTO APTITUD EXAMEN MEDICO DE INGRESO	X					
CONCEPTO EXAMEN PERIODICO						X
CONCEPTO EXAMEN EGRESO						X
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS						X
APTO PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS						X
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS						X
A LA FECHA NO PRESENTA ANTECEDENTES DE CONTACTO Y SINTOMATOLOGIA COVID-19	X					
APTO CON RESTRICCIONES PARA SU CARGO	SI			NO		X
APLAZADO POR CONDICIONES QUE AFECTAN EL CARGO AL QUE ASPIRA	SI			NO		X

DESCRIPCION DE LA LIMITACION O RESTRICCION			
LENTES PERMANENTES		RESTRICCION DE CARGA	
TRABAJO EN ALTURAS		VALORACION POR EPS	
ESPACIOS CONFINADOS			

RECOMENDACIONES			
DIETA Y EJERCICIO	X	ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	
INCLUIR EN EL SVE AUDITIVO		VALORACION NUTRICION POR SU EPS	
LENTES PARA CERCA		CONTROL MENSUAL POR SU EPS POR HTA Y DIABETES	

Fernando García García MEDICO GENERAL SALUD OCUPACIONAL LSST 730	TANIA DAYANA YENERIS PADILLA 1.131.107.171
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO LSST 730	FIRMA DEL PACIENTE Y CEDULA

POR MEDIO DE ESTE CONCEPTO DAMOS CUMPLIMIENTO A LAS RESOLUCIONES 2346/2007 - 3673/2008 - 1486/2009 DECRETO 1507/2014 DE MIN. PROTECCIÓN SOCIAL.

SOIT S.A.S NIT 900364179-6	CONCEPTO DE APTITUD MEDICO OCUPACIONAL	Versión: 1.0 01/01/2017

DATOS BASICOS					
EMPRESA	CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE			CIUDAD	TOLU
NOMBRE	TOMAS SEGUNDO CUAVAS ESQUIVEL			FECHA	AGOSTO 02 2024
CEDULA	92.229.788	EDAD	45	HORA	8:30 A.M.
CARGO TRABAJADOR	VIGILANTE				
EPS	SALUD TOTAL	ARL			

TIPO DE EXAMEN					
INGRESO	X	PERIODICO		EGRESO	

EXAMENES RELIZADOS									FOTO
	N	A		N	A		N	A	
COLESTEROL			FROTIS DE GARGANTA			ESPIROMETRIA			
TRIGLICERIDOS			COPROLOGICO			HDL			
GLICEMIA			BK			LDL			
UROANALISIS			FOSFATASA ALCALINA			ENFASIS OSTEOMUSCULAR	X		
HEMOGRAMA			RX LUMBO SACRO PA Y LATERAL						
GOT-GPT			RX DE TORAX						
CREATININA			EKG						
BUN			V. PSICOLOGICA						
VDRL			OPTOMETRIA						
KOH DE UÑAS			AUDIOMETRIA						

POR MEDIO DE LA PRESENTE SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES						
	APTO			NO APTO		N/A
CONCEPTO APTITUD EXAMEN MEDICO DE INGRESO	X					
CONCEPTO EXAMEN PERIODICO						X
CONCEPTO EXAMEN EGRESO						X
APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS						X
APTO PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS						X
APTO PARA MANIPULACION DE ALIMENTOS						X
A LA FECHA NO PRESENTA ANTECEDENTES DE CONTACTO Y SINTOMATOLOGIA COVID-19	X					
APTO CON RESTRICCIONES PARA SU CARGO	SI			NO		X
APLAZADO POR CONDICIONES QUE AFECTAN EL CARGO AL QUE ASPIRA	SI			NO		X

DESCRIPCION DE LA LIMITACION O RESTRICCION			
LENTES PERMANENTES		RESTRICCION DE CARGA	
TRABAJO EN ALTURAS		VALORACION POR EPS	
ESPACIOS CONFINADOS			

RECOMENDACIONES			
DIETA Y EJERCICIO	X	ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	
INCLUIR EN EL SVE AUDITIVO		VALORACION CIRUGIA POR SU EPS	X
LENTES PARA CERCA		NO CARGAS SUPERIOR A 25KG	X

Fernando García Garcío MEDICO GENERAL SALUD OCUPACIONAL LSST 730	TOMAS SEGUNDO CUAVAS ESQUIVEL 92.229.788
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO LSST 730	FIRMA DEL PACIENTE Y CEDULA

POR MEDIO DE ESTE CONCEPTO DAMOS CUMPLIMIENTO A LAS RESOLUCIONES 2346/2007 - 3673/2008 - 1486/2009 DECRETO 1507/2014 DE MIN. PROTECCIÓN SOCIAL.

SOLMEDIC INTEGRAL SAS 0519/123

DIRECCIóN CALLE 22 NO 9 - 76
TELEFONOS:(604) 7824997- 310 6600090- 314 8486428
email:solmedic.integral@hotmail.com

CERTIFICADO DE APTITUD AL CARGO

Ciudad : Monteria
Fecha del certificado: 01/08/2024
Certificado para: Ingreso para trabajo en altura _x_ Periodico para trabajo en altura___
Relizar curso de altura: x___

1. Datos de identificación del aspirante o trabajador:



Nombres: LUIS EDUARDO Apellidos: SALGADO PADILLA
Cédula de ciudadanía N° :1.067.280.132
Sexo: Femenino__ Masculino _X__
Edad: 38 años

Cargo al que aspira / en el que se desempeña: COORDINADOR SST

2. Examenes elaborados:

Examen medico ocupacional con enfasis en musculo esqueletico, visiometria, audiometria laboratorios.

3. Concepto:

El servicio médico ocupacional con el (la) Doctor (a) MANUEL BERRIO ALVARADO , médico especialista en Salud Ocupacional, mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo, emite que la persona identificada en el numeral 1 es:

Apto para trabajar en altura sin patologia ___
Apto para trabajar en altura con patologia que no interfieren con su labor normal __X__
Apto para trabajar en altura con restricciones que limitan su labor normal ____
Aplazado para curso y trabajo en altura __ No Apto para trabajar en altura ____

4. Recomendaciones Médicas Ocupacionales:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, UTILIZAR ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, VALORACION ANUAL POR OPTOMETRIA

5. Restricciones Médicas Ocupacionales:

NINGUNA

La presente certificación se expide con base en la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene un carácter confidencial.

Firma - Médico Ocupacional
RM 726 LSO 384

FIRMA DEL TRABAJADOR

Anexo 9, Encuesta y tabulación
Perfil sociodemográfico

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	SST-F025 VERSION 1

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
Nombre	Daniel Dario Palomino Alvarez
Cargo	Oficial
Vereda o corregimiento	
MUNICIPIO	Monteria.
DIRECCION	El faro 1.

FECHA 13/08/2024.

Encierre en un circulo:

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 - 27 años
c. 28 - 37 años
(d) 38 - 47 años
e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
(b) Casado (a)/union libre
c. Separado (a)/Divorciado
d. Viudo (a)

3. GÈNERO
(a) Masculino
b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
b. 1 - 3 personas
(c) 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
(b) Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista / Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
(b) Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
(c) Recreacion y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
(a) Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
(a) Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
(e) Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Obra /labor
b. Indefinido
(c) Contrato de Prestación de Servicios
d. fijo
e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud oral
c. Exámenes ocupacionales
d. Exámenes periódicos
e. Spa (Relajación)
f. Capacitaciones en Salud Ocupacional
(g) Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
a. SI
(b) No
CÚAL: _____

14. FUMA
a. SI
(b) No
Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. No
(b) SI
Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional p

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. No
(b) SI
Diario _____
Semanal p
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO
a. No
(b) SI

DANIEL Firma trabajador

Ley 1581 de 2012: de protección de datos personales, es una ley que complementa la regulación vigente para la protección del derecho fundamental que tienen todas las personas naturales a autorizar la información personal que es almacenada en bases de datos o archivos, así como su posterior actualización y rectificación.

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	SST-F025
		VERSION 1

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACION DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
Nombre	Jose Antonio Hernandez Gonzalez
Cargo	Maestro
Vereda o corregimiento	
MUNICIPIO	Monteria
DIRECCION	

FECHA 13/04/2024.

Enciérre en un círculo:

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 - 27 años
c. 28 - 37 años
d. 38 - 47 años
(e) 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
(b) Casado (a)/union libre
c. Separado (a)/Divorciado
d. Viudo (a)

3. GÉNERO
(a) Masculino
b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
(b) 1 - 3 personas
c. 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
b. Secundaria
(c) Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista / Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
(a) Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
(c) Recreacion y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
a. Mínimo Legal (S.M.L.)
(b) Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
(a) Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
(e) Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN
a. Obra /labor
b. indefinido
(c) Contrato de Prestación de Servicios
d.fijo
e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
a. Vacunación
b. Salud oral
c. Exámenes ocupacionales
d. Exámenes periódicos
e. Spa (Relajación)
f. Capacitaciones en Salud Ocupacional
(g) Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
(a) Si
b. No
CÚAL: Diabetes.

14. FUMA
a. Si
(b) No
Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. No
(b) Si
Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional 1

15. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. No
(b) Si
Diario _____
Semanal X
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO
a. No
(b) Si

Jose A Hernandez G
Firma trabajador

Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales, es una ley que complementa la regulación vigente para la protección del derecho fundamental que tienen todas las personas naturales a autorizar la información personal que es almacenada en bases de datos o archivos, así como su posterior actualización y rectificación.

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	SST-F025 VERSION 1

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es Información clasificada.

PROYECTO	CONSTRUCCION, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
Nombre	Jarlin Valencia
Cargo	Maestro
Vereda o corregimiento	Barranquilla – Las Heras
MUNICIPIO	Barranquilla
DIRECCION	Calle 68 #20-40

FECHA 14/08/2024.

Encierre en un circulo:

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 - 27 años
c. 28 - 37 años
d. 38 - 47 años
(e) 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
(b) Casado (a)/union libre
c. Separado (a)/Divorciado
d. Viudo (a)

3. GÉNERO
(a) Masculino
b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
b. 1 - 3 personas
(c) 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
(b) Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista / Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
(a) Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
c. Recreacion y deporte
d. Estudio
(e) Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
a. Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
(b) De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Obra /labor
b. Indefinido
(c) Contrato de Prestación de Servicios
d.fijo
e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud oral
c. Exámenes ocupacionales
d. Exámenes periódicos
e. Spa (Relajación)
f. Capacitaciones en Salud Ocupacional
(g) Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
a. Si
(b) No
CÚAL: _____

14. FUMA
a. Si
(b) No
Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. No
(b) SI
Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional ∅

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. No
(b) SI
Diario _____
Semanal X
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO
a. No
(b) SI

X Jarlin Valencia
Firma trabajador

Ley 1581 de 2012: de protección de datos personales, es una ley que complementa la regulación vigente para la protección del derecho fundamental que tienen todas las personas naturales a autorizar la información personal que es almacenada en bases de datos o archivos, así como su posterior actualización y rectificación.

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	SST-F025
		VERSION 1

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

PROYECTO	**CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACION DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE**
Nombre	Hansel Dominguez Pacheco.
Cargo	Oficial
Vereda o corregimiento	Albarola
MUNICIPIO	Barranquilla
DIRECCION	Cl 15 - 20 .

FECHA 14/08/2024.

Encierre en un circulo:

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 - 27 años
c. 28 - 37 años
d. 38 - 47 años
(e.) 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
(b.) Casado (a)/union libre
c. Separado (a)/Divorciado
d. Viudo (a)

3. GÉNERO
(a.) Masculino
b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
(b.) 1 - 3 personas
c. 4 - 5 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
(b.) Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista / Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
(b.) Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
c. Recreacion y deporte
d. Estudio
(e.) Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
(a.) Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
(a.) Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Mas de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
(e.) Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Obra /labor
b. Indefinido
(c.) Contrato de Prestación de Servicios
d. fijo
e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud oral
c. Exámenes ocupacionales
d. Exámenes periódicos
e. Spa (Relajación)
f. Capacitaciones en Salud Ocupacional
(g.) Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
a. Si
(b.) No
CÚAL: _____

14. FUMA
(a.) Si
b. No
Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. No
(b.) Si
Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional 7

15. PRACTICA ALGUN DEPORTE
(a.) No
b. Si
Diario _____
Semanal _____
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO
a. No
(b.) Si

Firma trabajador

Ley 1581 de 2012: de protección de datos personales, es una ley que complementa la regulación vigente para la protección del derecho fundamental que tienen todas las personas naturales a autorizar la información personal que es almacenada en bases de datos o archivos, así como su posterior actualización y rectificación.

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	SST-F025
		VERSION 1

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

PROYECTO	CONSTRUCCION, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACION DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
Nombre	Ricardo Manuel Perez.
Cargo	Oficial
Vereda o corregimiento	Vereda
MUNICIPIO	Sabana Grande
DIRECCION	Vía Puerto Rey

Encierre en un circulo:

FECHA 14/08/2024.

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 - 27 años
(c) 28 - 37 años
d. 38 - 47 años
e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
(b) Casado (a)/union libre
c. Separado (a)/Divorciado
d. Viudo (a)

3. GÉNERO
(a) Masculino
b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
(b) 1 - 3 personas
c. 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
(b) Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista / Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
(c) Familiar
d. Compartida con otro(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
(c) Recreacion y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
(a) Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 6 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
(a) Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
(c) De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Obra /labor
b. indefinido
(c) Contrato de Prestación de Servicios
d.fijo
e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud oral
c. Exámenes ocupacionales
d. Exámenes periódicos
e. Spa (Relajación)
f. Capacitaciones en Salud Ocupacional
(g) Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
a. Si
(b) No
CÚAL: _____

14. FUMA
a. Si
(b) No
Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. No
(b) Si
Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional X

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. No
(b) Si
Diario _____
Semanal _____
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional X

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO
a. No
(b) Si

X. Ricardo
Firma trabajador

Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales, es una ley que complementa la regulación vigente para la protección del derecho fundamental que tienen todas las personas naturales a autorizar la información personal que es almacenada en bases de datos o archivos, así como su posterior actualización y rectificación.

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	SST-F025
		VERSION 1

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACION DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
Nombre	Julio Cesar Posso Perez
Cargo	Ayudante
Vereda o corregimiento	Punte piedra
MUNICIPIO	Coveñas
DIRECCION	Punte piedra.

Encierre en un circulo:

FECHA 14/08/2024.

1. EDAD
a. Menor de 18 años
(b) 18 - 27 años
c. 28 - 37 años
d. 38 - 47 años
e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
(b) Casado (a)/Union libre
c. Separado (a)/Divorciado
d. Viudo (a)

3. GÉNERO
(a) Masculino
b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
(b) 1 - 3 personas
c. 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
(b) Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista / Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
(c) Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
(c) Recreacion y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
(a) Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
(a) Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
(b) De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Obra /labor
b. Indefinido
(c) Contrato de Prestación de Servicios
d. fijo
e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud oral
c. Exámenes ocupacionales
d. Exámenes periódicos
e. Spa (Relajación)
f. Capacitaciones en Salud Ocupacional
(g) Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
a. SI
(b) No
CUAL: _____

14. FUMA
a. SI
(b) No
Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. No
(b) SI
Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional X

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE
(a) No
b. SI
Diario _____
Semanal _____
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO
a. No
(b) SI

X Julio Posso
Firma trabajador

Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales, es una ley que complementa la regulación vigente para la protección del derecho fundamental que tienen todas las personas naturales a autorizar la información personal que es almacenada en bases de datos o archivos, así como su posterior actualización y rectificación.

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	SST-F025
		VERSION 1

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

PROYECTO	CONSTRUCCION, EQUIPAMIENTO PUO Y DOTACION DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
Nombre	Andrés Felpe España.
Cargo	Ayudante
Vereda o corregimiento	
MUNICIPIO	Coveñas
DIRECCION	Punta seca

Enciérre en un círculo:

FECHA 14/08/2024.

1. EDAD
a. Menor de 18 años
(b) 18 - 27 años
c. 28 - 37 años
d. 38 - 47 años
e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
(b) Casado (a)/unión libre
c. Separado (a)/Divorciado
d. Viudo (a)

3. GÉNERO
(a) Masculino
b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
b. 1 - 3 personas
(c) 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
(b) Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista / Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
(c) Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
(c) Recreacion y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
(a) Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 6 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
(a) Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
(b) De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Obra /labor
b. Indefinido
(c) Contrato de Prestación de Servicios
d. fijo
e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud oral
c. Exámenes ocupacionales
d. Exámenes periódicos
e. Spa (Relajación)
f. Capacitaciones en Salud Ocupacional
(g) Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
a. SI
(b) No
CÚAL: _____

14. FUMA
a. SI
(b) No
Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. No
(b) SI
Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional X

15. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. No
(b) SI
Diario _____
Semanal X
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO
a. No
(b) SI

Andres F. España
Firma trabajador

Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales, es una ley que complementa la regulación vigente para la protección del derecho fundamental que tienen todas las personas naturales a autorizar la información personal que es almacenada en bases de datos o archivos, así como su posterior actualización y rectificación.

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	SST-F025
		VERSION 1

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
Nombre	Jorge Cantillo Gutierrez
Cargo	Oficial
Vereda o corregimiento	
MUNICIPIO	Barranquilla.
DIRECCION	Cra 9m 2 #57 -14.

Enciérre en un círculo:

FECHA 14/08/2024

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 - 27 años
(c) 28 - 37 años
d. 38 - 47 años
e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
(b) Casado (a)/union libre
c. Separado (a)/Divorciado
d. Viudo (a)

3. GÉNERO
(a) Masculino
b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
(b) 1 - 3 personas
c. 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
(b) Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista / Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
(b) Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
c. Recreacion y deporte
d. Estudio
(e) Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
a. Mínimo Legal (S.M.L.)
(b) Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
(a) Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. ANTIGUEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
(c) De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Obra /labor
b. indefinido
(c) Contrato de Prestación de Servicios
d.fijo
e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud oral
c. Exámenes ocupacionales
d. Exámenes periódicos
e. Spa (Relajación)
f. Capacitaciones en Salud Ocupacional
(g) Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
a. SI
(b) No
CUAL: _____

14. FUMA
(a) SI
b. No
Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. No
(b) SI
Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional X

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE
(a) No
b. SI
Diario _____
Semanal _____
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO
a. No
(b) SI

X Jorge Cantillo G.
Firma trabajador

Ley 1581 de 2012: de protección de datos personales, es una ley que complementa la regulación vigente para la protección del derecho fundamental que tienen todas las personas naturales a autorizar la información personal que es almacenada en bases de datos o archivos, así como su posterior actualización y rectificación.

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	SST-F025
		VERSION 1

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

PROYECTO	CONSTRUCCION, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
Nombre	Ani luz Suarez Morales
Cargo	Ayudante.
Vereda o corregimiento	
MUNICIPIO	Coveñas
DIRECCION	Torrente

Encierre en un circulo:

FECHA 14/08/2024

1. EDAD
a. Menor de 18 años
(b) 18 - 27 años
c. 28 - 37 años
d. 38 - 47 años
e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL
(a) Soltero (a)
b. Casado (a)/union libre
c. Separado (a)/Divorciado
d. Viudo (a)

3. GÉNERO
a. Masculino
(b) Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
(b) 1 - 3 personas
c. 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
(a) Primaria
b. Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista / Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
(c) Familiar
d. Comparida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
c. Recreacion y deporte
d. Estudio
(e) Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
(a) Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN
a. Obra /labor
b. indefinido
(c) Contrato de Prestación de Servicios
d.fijo
e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
a. Vacunación
b. Salud oral
c. Exámenes ocupacionales
d. Exámenes periódicos
e. Spa (Relajación)
f. Capacitaciones en Salud Ocupacional
(g) Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
a. Si
(b) No
CÚAL: _____

14. FUMA
a. Si
(b) No
Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
(a) No
b. Si
Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional _____

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE
(a) No
b. Si
Diario _____
Semanal _____
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO
a. No
(b) Si

Ani luz suarez Firma trabajador

Ley 1581 de 2012, de protección de datos personales, es una ley que complementa la regulación vigente para la protección del derecho fundamental que tienen todas las personas naturales a autorizar la información personal que es almacenada en bases de datos o archivos, así como su posterior actualización y rectificación.

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	SST-F025
		VERSION 1

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
Nombre	Enoc Diaz Acosta.
Cargo	Ofaal
Vereda o corregimiento	
MUNICIPIO	Barranquilla
DIRECCION	Cra 14 #77-70

FECHA 14/08/2024.

Encierre en un circulo:

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 - 27 años
c. 28 - 37 años
d. 38 - 47 años
(e.) 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
(b.) Casado (a)/union libre
c. Separado (a)/Divorciado
d. Viudo (a)

3. GÉNERO
a. Masculino
b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
b. 1 - 3 personas
(c.) 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
(b.) Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista / Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
(a.) Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
(c.) Recreacion y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
(a.) Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
(a.) Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
(e.) Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Obra /labor
b. Indefinido
(c.) Contrato de Prestación de Servicios
d. fijo
e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud oral
c. Exámenes ocupacionales
d. Exámenes periódicos
e. Spa (Relajación)
f. Capacitaciones en Salud Ocupacional
(g.) Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
a. Si
(b.) No
CÚAL: _____

14. FUMA
a. Si
(b.) No
Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. No
(b.) SI
Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional X

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. No
(b.) SI
Diario _____
Semanal _____
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional X

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO
a. No
(b.) SI

Enoc Diaz
Firma trabajador

Ley 1581 de 2012: de protección de datos personales, es una ley que complementa la regulación vigente para la protección del derecho fundamental que tienen todas las personas naturales a autorizar la información personal que es almacenada en bases de datos o archivos, así como su posterior actualización y rectificación.

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	SST-F025
		VERSION 1

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es informacion clasificada.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO PUO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
Nombre	Aldrin Valencia
Cargo	Maestro
Vereda o corregimiento	
MUNICIPIO	Barranquilla
DIRECCION	Cra 16 #7-15

FECHA 14/08/2024.

Encierre en un circulo:

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 - 27 años
c. 28 - 37 años
d. 38 - 47 años
(e) 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL
a. Soltero (a)
(b) Casado (a)/union libre
c. Separado (a)/Divorciado
d. Viudo (a)

3. GÉNERO
(a) Masculino
b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguno
(b) 1 - 3 personas
c. 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
(b) Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista / Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
(a) Propia
b. Arrendada
c. Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
c. Recreacion y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
a. Mínimo Legal (S.M.L.)
(b) Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
(a) Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
(e) Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN
a. Obra /labor
b. indefinido
(c) Contrato de Prestación de Servicios
d. fijo
e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA
a. Vacunación
b. Salud oral
c. Exámenes ocupacionales
d. Exámenes periódicos
e. Spa (Relajación)
f. Capacitaciones en Salud Ocupacional
(g) Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
a. Si
(b) No
CUAL: _____

14. FUMA
a. Si
(b) No
Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. No
(b) Si
Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional _____

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE
(a) No
b. Si
Diario _____
Semanal _____
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO
a. No
(b) Si

Aldrin Valencia
Firma trabajador

Ley 1581 de 2012: de protección de datos personales, es una ley que complementa la regulación vigente para la protección del derecho fundamental que tienen todas las personas naturales a autorizar la información personal que es almacenada en bases de datos o archivos, así como su posterior actualización y rectificación.

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	SST-F025
		VERSION 1

Esta encuesta hace parte de la estructura del Sistema de Gestion en Seguridad y Salud en el Trabajo y el contenido de la misma es información clasificada.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACION DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
Nombre	Julián Ortegas Martinez.
Cargo	Ayudante
Vereda o corregimiento	
MUNICIPIO	Coveñas
DIRECCION	Coveñitas

Encierre en un circulo:

FECHA 14/08/2024

1. EDAD
a. Menor de 18 años
b. 18 - 27 años
(c) 28 - 37 años
d. 38 - 47 años
e. 48 años o mas

2. ESTADO CIVIL
(a) Soltero (a)
b. Casado (a)/union libre
c. Separado (a)/Divorciado
d. Viudo (a)

3. GÉNERO
(a) Masculino
b. Femenino

4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO
a. Ninguna
(b) 1 - 3 personas
c. 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
(b) Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista / Maestro

6. TENENCIA DE VIVIENDA
a. Propia
b. Arrendada
(c) Familiar
d. Compartida con otra(s) familia(s)

7. USO DEL TIEMPO LIBRE
a. Otro trabajo
b. Labores domésticas
(c) Recreacion y deporte
d. Estudio
e. Ninguno

8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)
(a) Mínimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Mas de 7 S.M.L.

9. ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA
(a) Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL
a. Menos de 1 año
(b) De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

a. Obra /labor
b. Indefinido
(c) Contrato de Prestación de Servicios
d.fijo
e. Honorarios/servicios profesionales

12. HA PARTICIPADO EN ACTIVIDADES DE SALUD REALIZADAS POR LA EMPRESA

a. Vacunación
b. Salud oral
c. Exámenes ocupacionales
d. Exámenes periódicos
e. Spa (Relajación)
f. Capacitaciones en Salud Ocupacional
(g) Ninguna

13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD
a. SI
(b) No
CUAL: _____

14. FUMA
a. SI
(b) No
Promedio diario _____

15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS
a. No
(b) SI
Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional X

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. No
(b) SI
Diario _____
Semanal _____
Quincenal X
Mensual _____
Ocasional _____

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO
a. No
(b) SI

X _____
Firma trabajador

Ley 1581 de 2012: de protección de datos personales, es una ley que complementa la regulación vigente para la protección del derecho fundamental que tienen todas las personas naturales a autorizar la información personal que es almacenada en bases de datos o archivos, así como su posterior actualización y rectificación.

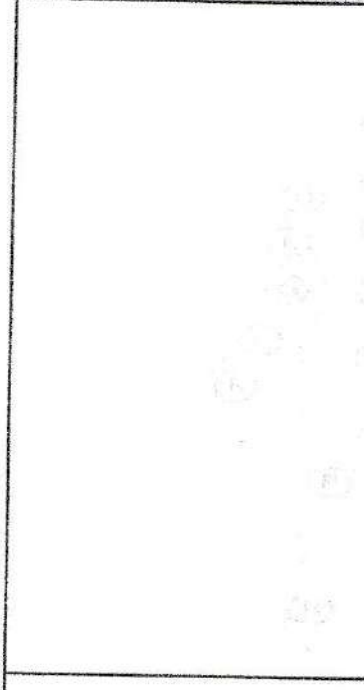
Anexo 10. Cuestionario de morbilidad

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	CUESTIONARIO DE MORBILIDAD SENTIDA	VERSION 1
		SST- FO30
		Página 1 de 1

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

DATOS GENERALES							
FECHA	13/08/2024.			CEDULA	76030594		
NOMBRE	Daniel Dario Palomino Suarez.						
CARGO	Oficial						
SEXO	F		M	✓	ESTATURA	1.82	# HIJOS 2
EDAD	46.				PESO 78	USA GAFAS	SI NO ✓
TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL					29 años		
CIUDAD	Montería.				DIRECCIÓN		
BARRIO	El Faro 1.				COMUNA		

1. ANTECEDENTES MÉDICOS	SI	NO	EXPLIQUE
Presenta alguno de los siguientes diagnósticos médicos:			
Enfermedades de los pulmones como asma, enfisema, bronquitis?		✓	
enfermedades de la sangre		✓	
Enfermedades cardiacas		✓	
Enfermedades cerebrales como derrames, trombosis, epilepsia?		✓	
Artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota (Inflamación o desgaste de una articulación)		✓	
Síndrome de túnel del carpo (Dolor, debilidad o entumecimiento de la mano y la muñeca, extendiéndose por todo el brazo)		✓	
Epicóndilitis (Inflamación e irritación de la zona del centro del codo)		✓	
Síndrome manguito rotador o tendinitis de hombro (Dolor en la articulación del hombro)		✓	
Escoliosis o deformidades de columna (Desviación de la columna vertebral)		✓	
Lumbalgia (Dolor de espalda baja, en la zona lumbar)		✓	
Hernia discal (La hernia provoca dolor en la zona lumbar en las vértebras)		✓	
Diabetes (azúcar alta en la sangre)?		✓	
Enfermedades digestivas		✓	
Enfermedades de la piel		✓	
Alergias en piel o vías respiratorias?		✓	
Trastornos de audición?		✓	
otros		✓	
Usted ha presentado alguno de estos rasgos característicos	**SI**	**NO**	**EXPLIQUE**
Cansancio		✓	
Sobrepeso		✓	
Sedentarismo		✓	
deseos de fumar o fuma		✓	
Deseo de consumir sustancias alucinógenas		✓	
Deseos de ingerir bebidas alcohólicas		✓	
Síntomas de estrés		✓	

2. OTRAS ACTIVIDADES EXTRA LABORALES	SI	NO	EXPLIQUE
Seleccione la opción si hay molestia o dolor, en algunas de las partes del cuerpo relacionadas en la siguiente figura. Si no tiene ninguna, marcar NO. Si tiene, por favor especifique hace cuánto tiempo, según la tabla relacionada a continuación			
		✓	A. Cuello
		✓	B. Hombro derecho
		✓	C. Hombro izquierdo
		✓	D. Brazo derecho
		✓	E. Brazo izquierdo
		✓	F. Codo derecho
		✓	G. Codo Izquierdo
		✓	H. Antebrazo derecho
		✓	I. Antebrazo izquierdo
		✓	J. Dedos, Mano derecho
		✓	K. Dedos, Mano izquierdo
		✓	L. Espalda Alta (cervical)
		✓	M. espalda Media (dorsal)
		✓	N. Espalda baja / cintura
		✓	O. Rodilla derecha
		✓	P. Rodilla izquierda
		✓	Q. Pie derecho
		✓	R. Pie izquierdo
		✓	S. Cabeza

	SI	NO	EXPLIQUE
Hace cuanto tiempo?		✓	
Si presenta molestia en mas de un segmento corporal, especifique el segmento que mas duele		✓	
La molestia mejora con el reposo, masajes, medicamentos		✓	
Ha tenido incapacidades expedidas por la EPS a causas de estas molestias		✓	

4. INFORMACIÓN EXCLUSIVA PARA MANOS Y MIEMBROS INFERIORES			
Si ha presentado síntomas en las manos conteste las siguientes preguntas			
	SI	NO	EXPLIQUE
Adormecimiento		✓	
Hormigueo		✓	
Inflamación		✓	
Otras molestias		✓	
En qué circunstancias se presentan las molestias en las manos?			
Duele cuando se expone al frio?		✓	
Duele cuando se expone al calor?		✓	
Cambios de temperatura (frío, caliente)?		✓	
Duele por permanecer en una sola posición?		✓	
Otra, Cual?		✓	
¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad laboral? De ser así indique cuales.			
DANIELS			

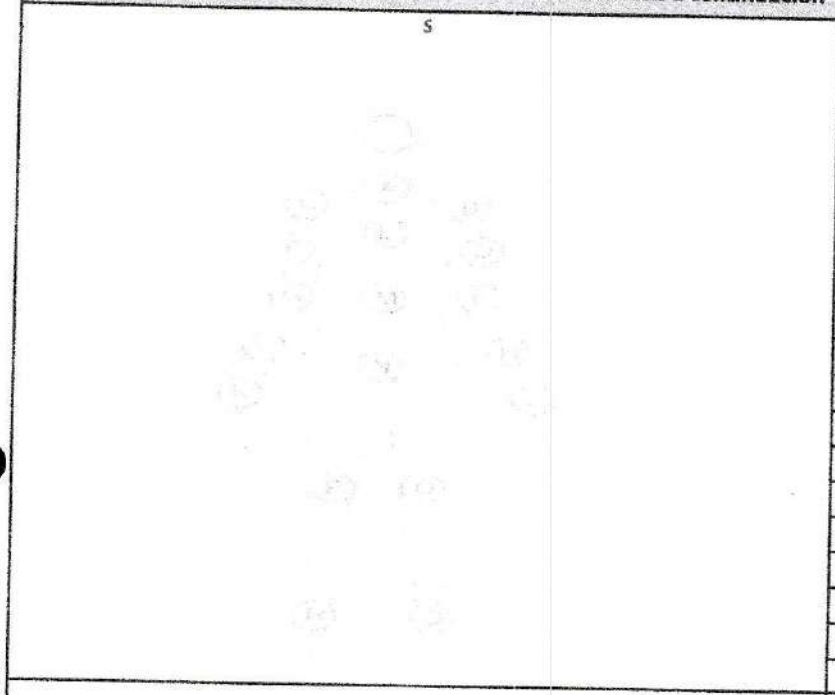
FIRMA TRABAJADOR

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	CUESTIONARIO DE MORBILIDAD SENTIDA	VERSION 1
		SST- FO30
		Página 1 de 1

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

DATOS GENERALES									
FECHA	13/08/2024				CEDULA	8741258			
NOMBRE	Jose Antonio Hernandez Gonzalez								
CARGO	Maestro.								
SEXO	F		M	✓	ESTATURA	1.74.	# HIJOS	7.	
EDAD	60.				PESO 75	USA GAFAS	SI	NO ✓	
TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL					35 años				
CIUDAD	Monteria.				DIRECCIÓN	Marrana C lote 53B.			
BARRIO	Venecia.				COMUNA				

1.ANTECEDENTES MÉDICOS	SI	NO	EXPLIQUE
Presenta alguno de los siguientes diagnósticos médicos:			
Enfermedades de los pulmones como asma, enfisema, bronquitis?		✓	
enfermedades de la sangre		✓	
Enfermedades cardiacas		✓	
Enfermedades cerebrales como derrames, trombosis, epilepsia?		✓	
Artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota (Inflamación o desgaste de una articulación)		✓	
Síndrome de túnel del carpo (Dolor, debilidad o entumecimiento de la mano y la muñeca, extendiéndose por todo el brazo)		✓	
Epicóndilitis (Inflamación e irritación de la zona del centro del codo)		✓	
Síndrome manguito rotador o tendinitis de hombro (Dolor en la articulación del hombro)		✓	
Escoliosis o deformidades de columna (Desviación de la columna vertebral)		✓	
Lumbalgia (Dolor de espalda baja, en la zona lumbar)		✓	
Hernia discal (La hernia provoca dolor en la zona lumbar en las vértebras)		✓	
Diabetes (azúcar alta en la sangre)?	✓		
Enfermedades digestivas		✓	
Enfermedades de la piel		✓	
Alergias en piel o vías respiratorias?		✓	
Trastornos de audición?		✓	
otros		✓	
Usted ha presentado alguno de estos rasgos característicos	**SI**	**NO**	**EXPLIQUE**
Cansancio		✓	
Sobrepeso		✓	
Sedentarismo		✓	
deseos de fumar o fuma		✓	
Deseo de consumir sustancias alucinógenas		✓	
Deseos de ingerir bebidas alcohólicas		✓	
Síntomas de estrés		✓	

2. OTRAS ACTIVIDADES EXTRA LABORALES	SI	NO	EXPLIQUE
Seleccione la opción si hay molestia o dolor, en algunas de las partes del cuerpo relacionadas en la siguiente figura. Si no tiene ninguna, marcar NO. Si tiene, por favor especifique hace cuánto tiempo, según la tabla relacionada a continuación			
		✓	A. Cuello
		✓	B. Hombro derecho
		✓	C. Hombro izquierdo
		✓	D. Brazo derecho
		✓	E. Brazo izquierdo
		✓	F. Codo derecho
		✓	G. Codo Izquierdo
		✓	H. Antebrazo derecho
		✓	I. Antebrazo izquierdo
		✓	J. Dedos, Mano derecho
		✓	K. Dedos, Mano izquierdo
		✓	L. Espalda Alta (cervical)
		✓	M. espalda Media (dorsal)
		✓	N. Espalda baja / cintura
		✓	O. Rodilla derecha
		✓	P. Rodilla izquierda
		✓	Q. Pie derecho
		✓	R. Pie izquierdo
		✓	S. Cabeza

	SI	NO	EXPLIQUE
Hace cuanto tiempo?		✓	
Si presenta molestia en mas de un segmento corporal, especifique el segmento que mas duele		✓	
La molestia mejora con el reposo, masajes, medicamentos		✓	
Ha tenido incapacidades expedidas por la EPS a causas de estas molestias		✓	

4. INFORMACIÓN EXCLUSIVA PARA MANOS Y MIEMBROS INFERIORES			
Si ha presentado síntomas en las manos conteste las siguientes preguntas			
	SI	NO	EXPLIQUE
Adormecimiento		✓	
Hormigueo		✓	
Inflamación		✓	
Otras molestias		✓	
En qué circunstancias se presentan las molestias en las manos?			
Duele cuando se expone al frio?		✓	
Duele cuando se expone al calor?		✓	
Cambios de temperatura (frío, caliente)?		✓	
Duele por permanecer en una sola posición?		✓	
Otra, Cual?		✓	
¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad laboral? De ser así indique cuales.			
Jose A Hernandez G			

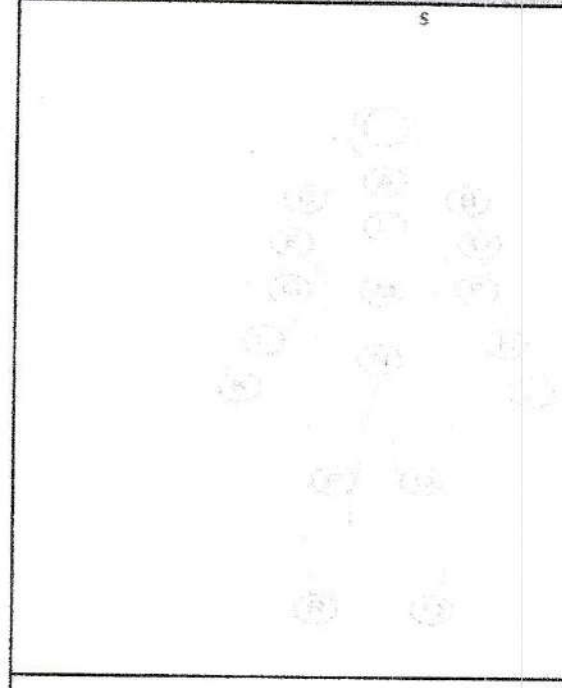
FIRMA TRABAJADOR

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	CUESTIONARIO DE MORBILIDAD SENTIDA	VERSION 1
		SST- F030
		Página 1 de 1

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

DATOS GENERALES							
FECHA	14/08/2024			CEDULA	72212811		
NOMBRE	Jarlin Ariel Valencia						
CARGO	Maestro						
SEXO	F	M	X	ESTATURA	190	# HIJOS	3
EDAD	49			PESO 120	USA GAFAS	SI	NO ✓
TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL				34 años			
CIUDAD	Barranquilla			DIRECCIÓN	Calle 68 E #70-40.		
BARRIO	Las Moras			COMUNA			

1.ANTECEDENTES MÉDICOS	SI	NO	EXPLIQUE
Presenta alguno de los siguientes diagnósticos médicos:			
Enfermedades de los pulmones como asma, enfisema, bronquitis?		✓	
enfermedades de la sangre		✓	
Enfermedades cardiacas		✓	
Enfermedades cerebrales como derrames, trombosis, epilepsia?		✓	
Artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota (Inflamación o desgaste de una articulación)		✓	
Síndrome de túnel del carpo (Dolor, debilidad o entumecimiento de la mano y la muñeca, extendiéndose por todo el brazo)		✓	
Epicóndilitis (Inflamación e irritación de la zona del centro del codo)		✓	
Síndrome manguito rotador o tendinitis de hombro (Dolor en la articulación del hombro)		✓	
Escoliosis o deformidades de columna (Desviación de la columna vertebral)		✓	
Lumbalgia (Dolor de espalda baja, en la zona lumbar)		✓	
Hernia discal (La hernia provoca dolor en la zona lumbar en las vértebras)		✓	
Diabetes (azúcar alta en la sangre)?		✓	
Enfermedades digestivas		✓	
Enfermedades de la piel		✓	
Alergias en piel o vías respiratorias?		✓	
Trastornos de audición?		✓	
otros			
Usted ha presentado alguno de estos rasgos característicos	**SI**	**NO**	**EXPLIQUE**
Cansancio		✓	
Sobrepeso		✓	
Sedentarismo		✓	
deseos de fumar o fuma		✓	
Deseo de consumir sustancias alucinógenas		✓	
Deseos de ingerir bebidas alcohólicas		✓	
Síntomas de estrés		✓	

2. OTRAS ACTIVIDADES EXTRA LABORALES	SI	NO	EXPLIQUE
Seleccione la opción si hay molestia o dolor, en algunas de las partes del cuerpo relacionadas en la siguiente figura. Si no tiene ninguna, marcar NO. Si tiene, por favor especifique hace cuánto tiempo, según la tabla relacionada a continuación			
		✓	A. Cuello
		✓	B. Hombro derecho
		✓	C .Hombro izquierdo
		✓	D. Brazo derecho
		✓	E. Brazo izquierdo
		✓	F. Codo derecho
		✓	G. Codo Izquierdo
		✓	H. Antebrazo derecho
		✓	I. Antebrazo izquierdo
		✓	J. Dedos, Mano derecho
		✓	K. Dedos, Mano izquierdo
		✓	L. Espalda Alta (cervical)
		✓	M. espalda Media (dorsal)
		✓	N. Espalda baja / cintura
		✓	O. Rodilla derecha
		✓	P. Rodilla izquierda
		✓	Q. Pie derecho
		✓	R. Pie izquierdo
		✓	S. Cabeza

	SI	NO	EXPLIQUE
Hace cuanto tiempo?		✓	
Si presenta molestia en mas de un segmento corporal, especifique el segmento que mas duele		✓	
La molestia mejora con el reposo, masajes, medicamentos		✓	
Ha tenido incapacidades expedidas por la EPS a causas de estas molestias		✓	
4. INFORMACIÓN EXCLUSIVA PARA MANOS Y MIEMBROS INFERIORES			
Si ha presentado síntomas en las manos conteste las siguientes preguntas			
	SI	**NO**	**EXPLIQUE**
Adormecimiento		✓	
Hormigueo		✓	
Inflamación		✓	
Otras molestias		✓	
En qué circunstancias se presentan las molestias en las manos?			
Duele cuando se expone al frio?		✓	
Duele cuando se expone al calor?		✓	
Cambios de temperatura (frío, caliente)?		✓	
Duele por permanecer en una sola posición?		✓	
Otra, Cual?		✓	
¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad laboral? De ser así indique cuales.			
+ Jordan Ubeda			

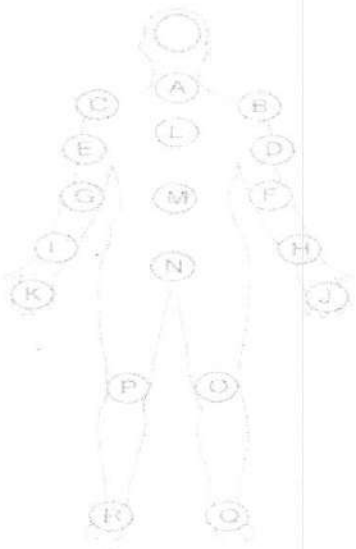
FIRMA TRABAJADOR

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	CUESTIONARIO DE MORBILIDAD SENTIDA	VERSION 1
		SST- FO30
		Página 1 de 1

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

DATOS GENERALES									
FECHA	14/08/2024.				CEDULA	8772760			
NOMBRE	Manuel Dominguez Pacheco.								
CARGO	Oficial								
SEXO	F		M	X	ESTATURA	1.72	# HIJOS	1	
EDAD	53				PESO	79	USA GAFAS	SI	NO ✓
TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL					30 años.				
CIUDAD	Barranquilla.				DIRECCIÓN	Calle 22 #15-20.			
BARRIO	alboraya				COMUNA				

1.ANTECEDENTES MÉDICOS	SI	NO	EXPLIQUE
Presenta alguno de los siguientes diagnósticos médicos:			
Enfermedades de los pulmones como asma, enfisema, bronquitis?		✓	
enfermedades de la sangre		✓	
Enfermedades cardiacas		✓	
Enfermedades cerebrales como derrames, trombosis, epilepsia?		✓	
Artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota (Inflamación o desgaste de una articulación)		✓	
Síndrome de túnel del carpo (Dolor, debilidad o entumecimiento de la mano y la muñeca, extendiéndose por todo el brazo)		✓	
Epicóndilitis (Inflamación e irritación de la zona del centro del codo)		✓	
Síndrome manguito rotador o tendinitis de hombro (Dolor en la articulación del hombro)		✓	
Escoliosis o deformidades de columna (Desviación de la columna vertebral)		✓	
Lumbalgia (Dolor de espalda baja, en la zona lumbar)		✓	
Hernia discal (La hernia provoca dolor en la zona lumbar en las vértebras)		✓	
Diabetes (azúcar alta en la sangre)?		✓	
Enfermedades digestivas		✓	
Enfermedades de la piel		✓	
Alergias en piel o vías respiratorias?		✓	
Trastornos de audición?		✓	
otros		✓	
Usted ha presentado alguno de estos rasgos característicos	**SI**	**NO**	**EXPLIQUE**
Cansancio		✓	
Sobrepeso		✓	
Sedentarismo		✓	
deseos de fumar o fuma		✓	
Deseo de consumir sustancias alucinógenas		✓	
Deseos de ingerir bebidas alcohólicas		✓	
Síntomas de estrés		✓	

2. OTRAS ACTIVIDADES EXTRA LABORALES	SI	NO	EXPLIQUE
Seleccione la opción si hay molestia o dolor, en algunas de las partes del cuerpo relacionadas en la siguiente figura. Si no tiene ninguna, marcar NO. Si tiene, por favor especifique hace cuánto tiempo, según la tabla relacionada a continuación			
S 		✓	A. Cuello
		✓	B. Hombro derecho
		✓	C .Hombro izquierdo
		✓	D. Brazo derecho
		✓	E. Brazo izquierdo
		✓	F. Codo derecho
		✓	G. Codo Izquierdo
		✓	H. Antebrazo derecho
		✓	I. Antebrazo izquierdo
		✓	J. Dedos, Mano derecho
		✓	K. Dedos, Mano izquierdo
		✓	L. Espalda Alta (cervical)
		✓	M. espalda Media (dorsal)
		✓	N. Espalda baja / cintura
		✓	O. Rodilla derecha
		✓	P. Rodilla izquierda
		✓	Q. Pie derecho
		✓	R. Pie izquierdo
		✓	S. Cabeza
	SI	**NO**	**EXPLIQUE**
Hace cuanto tiempo?		✓	
Si presenta molestia en mas de un segmento corporal, especifique el segmento que mas duele		✓	
La molestia mejora con el reposo, masajes, medicamentos		✓	
Ha tenido incapacidades expedidas por la EPS a causas de estas molestias		✓	
4. INFORMACIÓN EXCLUSIVA PARA MANOS Y MIEMBROS INFERIORES			
Si ha presentado síntomas en las manos conteste las siguientes preguntas			
	SI	**NO**	**EXPLIQUE**
Adormecimiento		✓	
Hormigueo		✓	
Inflamación		✓	
Otras molestias		✓	
En qué circunstancias se presentan las molestias en las manos?			
Duele cuando se expone al frio?		✓	
Duele cuando se expone al calor?		✓	
Cambios de temperatura (frío, caliente)?		✓	
Duele por permanecer en una sola posición?		✓	
Otra, Cual?		✓	
¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad laboral? De ser así indique cuales.			

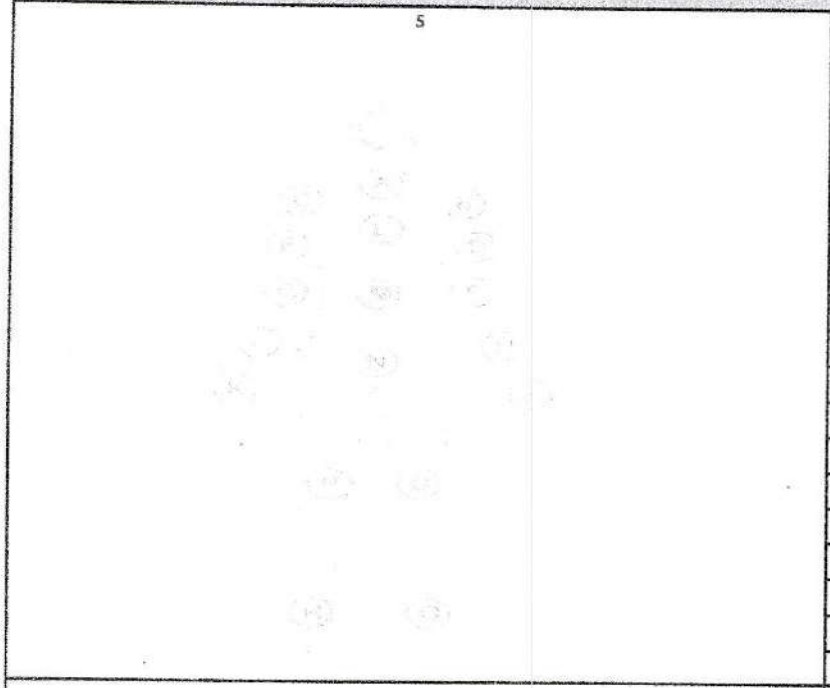
FIRMA TRABAJADOR

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	CUESTIONARIO DE MORBILIDAD SENTIDA	VERSION 1
		SST- F030
		Página 1 de 1

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

DATOS GENERALES							
FECHA	14/08/2024.			CEDULA	1007564070		
NOMBRE	Ricardo. Manjarrez Pareja.						
CARGO	Oficial.						
SEXO	F		M	X	ESTATURA	1.75.	# HIJOS 1.
EDAD	29.		PESO	72	USA GAFAS	SI	NO X
TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL			10 años				
CIUDAD	Barranquilla		DIRECCIÓN		Vía Puerto Km 1.		
BARRIO	Sabana grande		COMUNA				

1.ANTECEDENTES MÉDICOS	SI	NO	EXPLIQUE
Presenta alguno de los siguientes diagnósticos médicos:			
Enfermedades de los pulmones como asma, enfisema, bronquitis?		✓	
enfermedades de la sangre		✓	
Enfermedades cardiacas		✓	
Enfermedades cerebrales como derrames, trombosis, epilepsia?		✓	
Artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota (Inflamación o desgaste de una articulación)		✓	
Síndrome de túnel del carpo (Dolor, debilidad o entumecimiento de la mano y la muñeca, extendiéndose por todo el brazo)		✓	
Epicóndilitis (Inflamación e irritación de la zona del centro del codo)		✓	
Síndrome manguito rotador o tendinitis de hombro (Dolor en la articulación del hombro)		✓	
Escoliosis o deformidades de columna (Desviación de la columna vertebral)		✓	
Lumbalgia (Dolor de espalda baja, en la zona lumbar)		✓	
Hernia discal (La hernia provoca dolor en la zona lumbar en las vértebras)		✓	
Diabetes (azúcar alta en la sangre)?		✓	
Enfermedades digestivas		✓	
Enfermedades de la piel		✓	
Alergias en piel o vías respiratorias?		✓	
Trastornos de audición?		✓	
otros		✓	
Usted ha presentado alguno de estos rasgos característicos	**SI**	**NO**	**EXPLIQUE**
Cansancio		✓	
Sobrepeso		✓	
Sedentarismo		✓	
deseos de fumar o fuma		✓	
Deseo de consumir sustancias alucinógenas		✓	
Deseos de ingerir bebidas alcohólicas		✓	
Síntomas de estrés		✓	

2. OTRAS ACTIVIDADES EXTRA LABORALES	SI	NO	EXPLIQUE
Seleccione la opción si hay molestia o dolor, en algunas de las partes del cuerpo relacionadas en la siguiente figura. Si no tiene ninguna, marcar NO. Si tiene, por favor especifique hace cuánto tiempo, según la tabla relacionada a continuación			
		✓	A. Cuello
		✓	B. Hombro derecho
		✓	C. Hombro izquierdo
		✓	D. Brazo derecho
		✓	E. Brazo izquierdo
		✓	F. Codo derecho
		✓	G. Codo Izquierdo
		✓	H. Antebrazo derecho
		✓	I. Antebrazo izquierdo
		✓	J. Dedos, Mano derecho
		✓	K. Dedos, Mano izquierdo
		✓	L. Espalda Alta (cervical)
		✓	M. espalda Media (dorsal)
		✓	N. Espalda baja / cintura
		✓	O. Rodilla derecha
		✓	P. Rodilla izquierda
		✓	Q. Pie derecho
		✓	R. Pie izquierdo
		✓	S. Cabeza

	SI	NO	EXPLIQUE
Hace cuanto tiempo?		✓	
Si presenta molestia en mas de un segmento corporal, especifique el segmento que mas duele		✓	
La molestia mejora con el reposo, masajes, medicamentos		✓	
Ha tenido incapacidades expedidas por la EPS a causas de estas molestias		✓	
4. INFORMACIÓN EXCLUSIVA PARA MANOS Y MIEMBROS INFERIORES			
Si ha presentado síntomas en las manos conteste las siguientes preguntas			
	SI	**NO**	**EXPLIQUE**
Adormecimiento		✓	
Hormigueo		✓	
Inflamación		✓	
Otras molestias		✓	
En qué circunstancias se presentan las molestias en las manos?			
Duele cuando se expone al frio?		✓	
Duele cuando se expone al calor?		✓	
Cambios de temperatura (frío, caliente)?		✓	
Duele por permanecer en una sola posición?		✓	
Otra, Cual?		✓	
¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad laboral? De ser así indique cuales.			
Ricardo manjarrez			

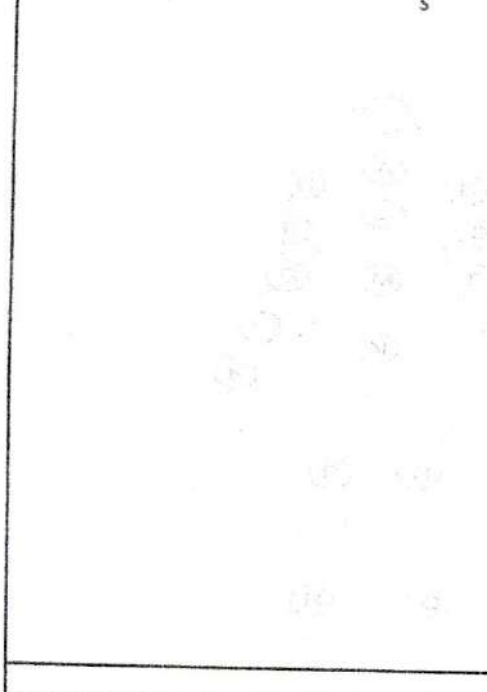
FIRMA TRABAJADOR

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	CUESTIONARIO DE MORBILIDAD SENTIDA	VERSION 1
		SST- FO30
		Página 1 de 1

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

DATOS GENERALES							
FECHA	14/08/2024.			CEDULA	1072522158.		
NOMBRE	Julio Cesar Rosso Perez.						
CARGO	Ayudante						
SEXO	F		M ✓	ESTATURA	1.73	# HIJOS	0.
EDAD	20			PESO 80	USA GAFAS	SI	NO X
TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL				1 año.			
CIUDAD	Coveñas.			DIRECCIÓN			
BARRIO	Punta piedra.			COMUNA			

1.ANTECEDENTES MÉDICOS	SI	NO	EXPLIQUE
Presenta alguno de los siguientes diagnósticos médicos:			
Enfermedades de los pulmones como asma, enfiserna, bronquitis?		✓	
enfermedades de la sangre		✓	
Enfermedades cardiacas		✓	
Enfermedades cerebrales como derrames, trombosis, epilepsia?		✓	
Artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota (Inflamación o desgaste de una articulación)		✓	
Síndrome de túnel del carpo (Dolor, debilidad o entumecimiento de la mano y la muñeca, extendiéndose por todo el brazo)		✓	
Epicóndilitis (Inflamación e irritación de la zona del centro del codo)		✓	
Síndrome manguito rotador o tendinitis de hombro (Dolor en la articulación del hombro)		✓	
Escoliosis o deformidades de columna (Desviación de la columna vertebral)		✓	
Lumbalgia (Dolor de espalda baja, en la zona lumbar)		✓	
Hernia discal (La hernia provoca dolor en la zona lumbar en las vértebras)		✓	
Diabetes (azúcar alta en la sangre)?		✓	
Enfermedades digestivas		✓	
Enfermedades de la piel		✓	
Alergias en piel o vías respiratorias?		✓	
Trastornos de audición?		✓	
otros		✓	
Usted ha presentado alguno de estos rasgos característicos	**SI**	**NO**	**EXPLIQUE**
Cansancio		✓	
Sobrepeso		✓	
Sedentarismo		✓	
deseos de fumar o fuma		✓	
Deseo de consumir sustancias alucinógenas		✓	
Deseos de Ingerir bebidas alcohólicas		✓	
Síntomas de estrés		✓	

2. OTRAS ACTIVIDADES EXTRA LABORALES	SI	NO	EXPLIQUE
Seleccione la opción si hay molestia o dolor, en algunas de las partes del cuerpo relacionadas en la siguiente figura. Si no tiene ninguna, marcar NO. Si tiene, por favor especifique hace cuánto tiempo, según la tabla relacionada a continuación			
		✓	A. Cuello
		✓	B. Hombro derecho
		✓	C .Hombro izquierdo
		✓	D. Brazo derecho
		✓	E. Brazo izquierdo
		✓	F. Codo derecho
		✓	G. Codo Izquierdo
		✓	H. Antebrazo derecho
		✓	I. Antebrazo izquierdo
		✓	J. Dedos, Mano derecho
		✓	K. Dedos, Mano izquierdo
		✓	L. Espalda Alta (cervical)
		✓	M. espalda Media (dorsal)
		✓	N. Espalda baja / cintura
		✓	O. Rodilla derecha
		✓	P. Rodilla izquierda
		✓	Q. Pie derecho
		✓	R. Pie izquierdo
		✓	S. Cabeza

	SI	NO	EXPLIQUE
Hace cuanto tiempo?		✓	
Si presenta molestia en mas de un segmento corporal, especifique el segmento que mas duele		✓	
La molestia mejora con el reposo, masajes, medicamentos		✓	
Ha tenido incapacidades expedidas por la EPS a causas de estas molestias		✓	

4. INFORMACIÓN EXCLUSIVA PARA MANOS Y MIEMBROS INFERIORES			
Si ha presentado síntomas en las manos conteste las siguientes preguntas			
	SI	NO	EXPLIQUE
Adormecimiento	✓		
Hormigueo		✓	
Inflamación		✓	
Otras molestias		✓	
En qué circunstancias se presentan las molestias en las manos?			
Duele cuando se expone al frio?		✓	
Duele cuando se expone al calor?		✓	
Cambios de temperatura (frío, caliente)?		✓	
Duele por permanecer en una sola posición?		✓	
Otra, Cual?		✓	
¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad laboral? De ser así indique cuales.			
X Julio Rojas			

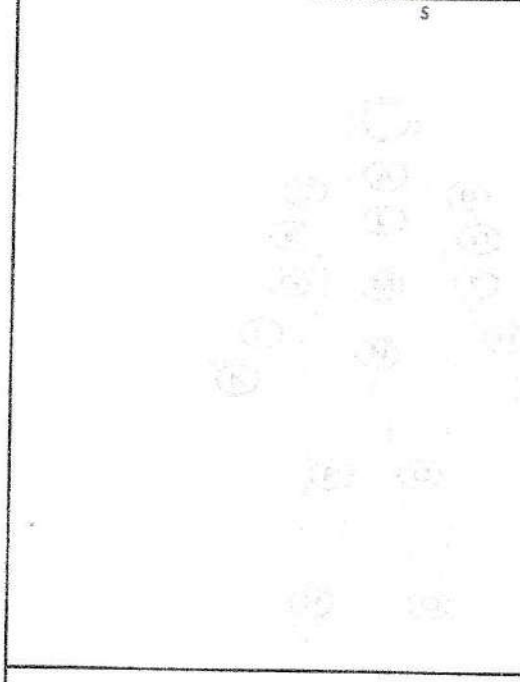
FIRMA TRABAJADOR

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	CUESTIONARIO DE MORBILIDAD SENTIDA	VERSION 1
		SST- FO30
		Página 1 de 1

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

DATOS GENERALES								
FECHA	14/08/2024.				CEDULA	1010092215.		
NOMBRE	Andrés Felipe España Pinzón							
CARGO	Auxiliar de enfermería							
SEXO	F		M	X	ESTATURA	1,65	# HIJOS	1
EDAD	26.				PESO	73	USA GAFAS	SI / NO ✓
TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL					1 año.			
CIUDAD	Coveñas				DIRECCIÓN			
BARRIO	Punta Seca				COMUNA			

1.ANTECEDENTES MÉDICOS	SI	NO	EXPLIQUE
Presenta alguno de los siguientes diagnósticos médicos:			
Enfermedades de los pulmones como asma, enfisema, bronquitis?		✓	
enfermedades de la sangre		✓	
Enfermedades cardiacas		✓	
Enfermedades cerebrales como derrames, trombosis, epilepsia?		✓	
Artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota (Inflamación o desgaste de una articulación)		✓	
Síndrome de túnel del carpo (Dolor, debilidad o entumecimiento de la mano y la muñeca, extendiéndose por todo el brazo)		✓	
Epicóndilitis (Inflamación e irritación de la zona del centro del codo)		✓	
Síndrome manguito rotador o tendinitis de hombro (Dolor en la articulación del hombro)		✓	
Escoliosis o deformidades de columna (Desviación de la columna vertebral)		✓	
Lumbalgia (Dolor de espalda baja, en la zona lumbar)		✓	
Hernia discal (La hernia provoca dolor en la zona lumbar en las vértebras)		✓	
Diabetes (azúcar alta en la sangre)?		✓	
Enfermedades digestivas		✓	
Enfermedades de la piel		✓	
Alergias en piel o vías respiratorias?		✓	
Trastornos de audición?		✓	
otros		✓	
Usted ha presentado alguno de estos rasgos característicos	**SI**	**NO**	**EXPLIQUE**
Cansancio		✓	
Sobrepeso		✓	
Sedentarismo		✓	
deseos de fumar o fuma		✓	
Deseo de consumir sustancias alucinógenas		✓	
Deseos de ingerir bebidas alcohólicas		✓	
Síntomas de estrés		✓	

2. OTRAS ACTIVIDADES EXTRA LABORALES	SI	NO	EXPLIQUE
Seleccione la opción si hay molestia o dolor, en algunas de las partes del cuerpo relacionadas en la siguiente figura. Si no tiene ninguna, marcar NO. Si tiene, por favor especifique hace cuánto tiempo, según la tabla relacionada a continuación			
		✓	A. Cuello
		✓	B. Hombro derecho
		✓	C. Hombro izquierdo
		✓	D. Brazo derecho
		✓	E. Brazo izquierdo
		✓	F. Codo derecho
		✓	G. Codo Izquierdo
		✓	H. Antebrazo derecho
		✓	I. Antebrazo izquierdo
		✓	J. Dedos, Mano derecho
		✓	K. Dedos, Mano izquierdo
		✓	L. Espalda Alta (cervical)
		✓	M. espalda Media (dorsal)
		✓	N. Espalda baja / cintura
		✓	O. Rodilla derecha
		✓	P. Rodilla izquierda
		✓	Q. Pie derecho
		✓	R. Pie izquierdo
		✓	S. Cabeza

	SI	NO	EXPLIQUE
Hace cuanto tiempo?		✓	
Si presenta molestia en mas de un segmento corporal, especifique el segmento que mas duele		✓	
La molestia mejora con el reposo, masajes, medicamentos		✓	
Ha tenido incapacidades expedidas por la EPS a causas de estas molestias		✓	

4. INFORMACIÓN EXCLUSIVA PARA MANOS Y MIEMBROS INFERIORES			
Si ha presentado síntomas en las manos conteste las siguientes preguntas			
	SI	**NO**	**EXPLIQUE**
Adormecimiento		✓	
Hormigueo		✓	
Inflamación		✓	
Otras molestias		✓	
En qué circunstancias se presentan las molestias en las manos?			
Duele cuando se expone al frio?		✓	
Duele cuando se expone al calor?		✓	
Cambios de temperatura (frío, caliente)?		✓	
Duele por permanecer en una sola posición?		✓	
Otra, Cual?		✓	
¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad laboral? De ser así indique cuales.			
X Andres F. España			

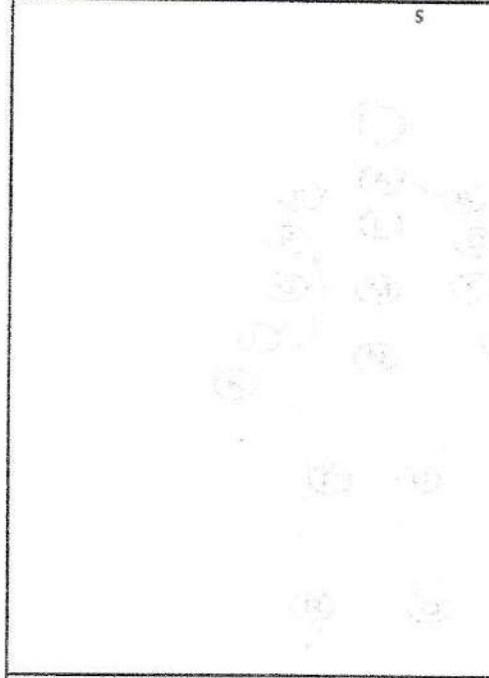
FIRMA TRABAJADOR

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	CUESTIONARIO DE MORBILIDAD SENTIDA	VERSION 1
		SST- F030
		Página 1 de 1

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

DATOS GENERALES							
FECHA	14/08/2024			CEDULA	1047043732		
NOMBRE	Jorge Cantillo Gutierrez.						
CARGO	Oficial.						
SEXO	F	M ✓	ESTATURA	1.70.	# HIJOS	1.	
EDAD	35	PESO 70	USA GAFAS	SI	NO X		
TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL		8 años.					
CIUDAD	Barranquilla.	DIRECCIÓN	Cra 9m 2 #57-14.				
BARRIO	Bosque.	COMUNA					

1.ANTECEDENTES MÉDICOS	SI	NO	EXPLIQUE
Presenta alguno de los siguientes diagnósticos médicos:			
Enfermedades de los pulmones como asma, enfisema, bronquitis?		✓	
enfermedades de la sangre		✓	
Enfermedades cardiacas		✓	
Enfermedades cerebrales como derrames, trombosis, epilepsia?		✓	
Artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota (Inflamación o desgaste de una articulación)		✓	
Síndrome de túnel del carpo (Dolor, debilidad o entumecimiento de la mano y la muñeca, extendiéndose por todo el brazo)		✓	
Epicóndilitis (Inflamación e irritación de la zona del centro del codo)		✓	
Síndrome manguito rotador o tendinitis de hombro (Dolor en la articulación del hombro)		✓	
Escoliosis o deformidades de columna (Desviación de la columna vertebral)		✓	
Lumbalgia (Dolor de espalda baja, en la zona lumbar)		✓	
Hernia discal (La hernia provoca dolor en la zona lumbar en las vértebras)		✓	
Diabetes (azúcar alta en la sangre)?		✓	
Enfermedades digestivas		✓	
Enfermedades de la piel		✓	
Alergias en piel o vías respiratorias?		✓	
Trastornos de audición?		✓	
otros		✓	
Usted ha presentado alguno de estos rasgos característicos	**SI**	**NO**	**EXPLIQUE**
Cansancio		✓	
Sobrepeso		✓	
Sedentarismo		✓	
deseos de fumar o fuma		✓	
Deseo de consumir sustancias alucinógenas		✓	
Deseos de ingerir bebidas alcohólicas		✓	
Síntomas de estrés		✓	

2. OTRAS ACTIVIDADES EXTRA LABORALES	SI	NO	EXPLIQUE
Seleccione la opción si hay molestia o dolor, en algunas de las partes del cuerpo relacionadas en la siguiente figura. Si no tiene ninguna, marcar NO. Si tiene, por favor especifique hace cuánto tiempo, según la tabla relacionada a continuación			
		✓	A. Cuello
		✓	B. Hombro derecho
		✓	C. Hombro izquierdo
		✓	D. Brazo derecho
		✓	E. Brazo izquierdo
		✓	F. Codo derecho
		✓	G. Codo Izquierdo
		✓	H. Antebrazo derecho
		✓	I. Antebrazo izquierdo
		✓	J. Dedos, Mano derecho
		✓	K. Dedos, Mano izquierdo
		✓	L. Espalda Alta (cervical)
		✓	M. espalda Media (dorsal)
		✓	N. Espalda baja / cintura
		✓	O. Rodilla derecha
		✓	P. Rodilla izquierda
		✓	Q. Pie derecho
		✓	R. Pie izquierdo
		✓	S. Cabeza

	SI	NO	EXPLIQUE
Hace cuanto tiempo?		✓	
Si presenta molestia en mas de un segmento corporal, especifique el segmento que mas duele		✓	
La molestia mejora con el reposo, masajes, medicamentos		✓	
Ha tenido incapacidades expedidas por la EPS a causas de estas molestias		✓	

4. INFORMACIÓN EXCLUSIVA PARA MANOS Y MIEMBROS INFERIORES			
Si ha presentado síntomas en las manos conteste las siguientes preguntas			
	SI	NO	EXPLIQUE
Adormecimiento		✓	
Hormigueo		✓	
Inflamación		✓	
Otras molestias		✓	
En qué circunstancias se presentan las molestias en las manos?			
Duele cuando se expone al frio?		✓	
Duele cuando se expone al calor?		✓	
Cambios de temperatura (frío, caliente)?		✓	
Duele por permanecer en una sola posición?		✓	
Otra, Cual?		✓	
¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad laboral? De ser así indique cuales.			

FIRMA TRABAJADOR

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	CUESTIONARIO DE MORBILIDAD SENTIDA	VERSION 1
		SST- FO30
		Página 1 de 1

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

DATOS GENERALES							
FECHA	14/08/2024			CEDULA			
NOMBRE	Dni Luz Suarez Morales.						
CARGO	Aydante						
SEXO	F ✓	M	ESTATURA	1.56	# HIJOS	2	
EDAD	22		PESO 57	USA GAFAS	SI	NO	
TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL			2 años				
CIUDAD	Coveñas		DIRECCIÓN				
BARRIO	Torrente		COMUNA				

1.ANTECEDENTES MÉDICOS	SI	NO	EXPLIQUE
Presenta alguno de los siguientes diagnósticos médicos:			
Enfermedades de los pulmones como asma, enfisema, bronquitis?		✓	
enfermedades de la sangre		✓	
Enfermedades cardiacas		✓	
Enfermedades cerebrales como derrames, trombosis, epilepsia?		✓	
Artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota (Inflamación o desgaste de una articulación)		✓	
Síndrome de túnel del carpo (Dolor, debilidad o entumecimiento de la mano y la muñeca, extendiéndose por todo el brazo)		✓	
Epicóndilitis (Inflamación e irritación de la zona del centro del codo)		✓	
Síndrome manguito rotador o tendinitis de hombro (Dolor en la articulación del hombro)		✓	
Escoliosis o deformidades de columna (Desviación de la columna vertebral)		✓	
Lumbalgia (Dolor de espalda baja, en la zona lumbar)		✓	
Hernia discal (La hernia provoca dolor en la zona lumbar en las vértebras)		✓	
Diabetes (azúcar alta en la sangre)?		✓	
Enfermedades digestivas		✓	
Enfermedades de la piel		✓	
Alergias en piel o vías respiratorias?		✓	
Trastornos de audición?		✓	
otros		✓	
Usted ha presentado alguno de estos rasgos característicos	**SI**	**NO**	**EXPLIQUE**
Cansancio		✓	
Sobrepeso		✓	
Sedentarismo		✓	
deseos de fumar o fuma		✓	
Deseo de consumir sustancias alucinógenas		✓	
Deseos de ingerir bebidas alcohólicas		✓	
Síntomas de estrés		✓	

2. OTRAS ACTIVIDADES EXTRA LABORALES	SI	NO	EXPLIQUE
Seleccione la opción si hay molestia o dolor, en algunas de las partes del cuerpo relacionadas en la siguiente figura. Si no tiene ninguna, marcar NO. Si tiene, por favor especifique hace cuánto tiempo, según la tabla relacionada a continuación			
		✓	A. Cuello
		✓	B. Hombro derecho
		✓	C. Hombro izquierdo
		✓	D. Brazo derecho
		✓	E. Brazo izquierdo
		✓	F. Codo derecho
		✓	G. Codo Izquierdo
		✓	H. Antebrazo derecho
		✓	I. Antebrazo izquierdo
		✓	J. Dedos, Mano derecho
		✓	K. Dedos, Mano izquierdo
		✓	L. Espalda Alta (cervical)
		✓	M. espalda Media (dorsal)
		✓	N. Espalda baja / cintura
		✓	O. Rodilla derecha
		✓	P. Rodilla izquierda
		✓	Q. Pie derecho
		✓	R. Pie izquierdo
		✓	S. Cabeza

	SI	NO	EXPLIQUE
Hace cuanto tiempo?		✓	
Si presenta molestia en mas de un segmento corporal, especifique el segmento que mas duele		✓	
La molestia mejora con el reposo, masajes, medicamentos		✓	
Ha tenido incapacidades expedidas por la EPS a causas de estas molestias		✓	

4. INFORMACIÓN EXCLUSIVA PARA MANOS Y MIEMBROS INFERIORES			
Si ha presentado síntomas en las manos conteste las siguientes preguntas			
	SI	NO	EXPLIQUE
Adormecimiento		✓	
Hormigueo		✓	
Inflamación		✓	
Otras molestias		✓	
En qué circunstancias se presentan las molestias en las manos?			
Duele cuando se expone al frio?		✓	
Duele cuando se expone al calor?		✓	
Cambios de temperatura (frío, caliente)?		✓	
Duele por permanecer en una sola posición?		✓	
Otra, Cual?		✓	
¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad laboral? De ser así indique cuales.			
Ana Liz Suarez			

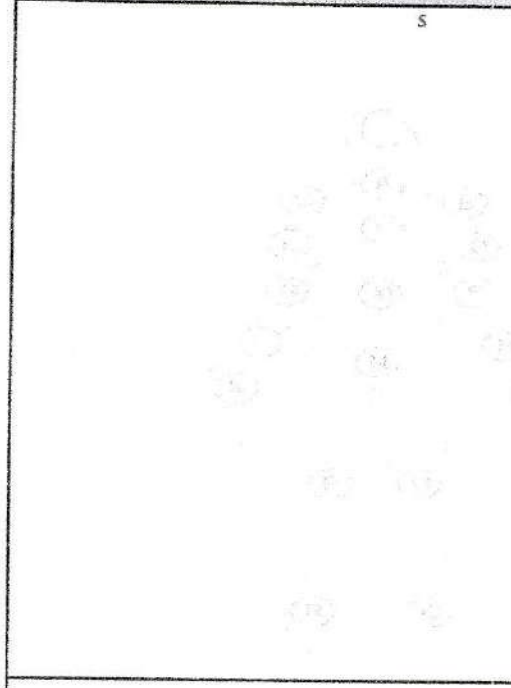
FIRMA TRABAJADOR

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	CUESTIONARIO DE MORBILIDAD SENTIDA	VERSION 1
		SST- F030
		Página 1 de 1

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

DATOS GENERALES								
FECHA	14/08/2024.			CEDULA	72215503.			
NOMBRE	Eroc Diaz Acosta.							
CARGO	Oficial.							
SEXO	F		M	✓	ESTATURA	1.65.	# HIJOS	5.
EDAD	48.			PESO 72	USA GAFAS	SI	✓	NO
TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL				17 años				
CIUDAD	Barranquilla.			DIRECCIÓN	Cra 14 #77-70.			
BARRIO	La esmeralda.			COMUNA				

1.ANTECEDENTES MÉDICOS	SI	NO	EXPLIQUE
Presenta alguno de los siguientes diagnósticos médicos:			
Enfermedades de los pulmones como asma, enfisema, bronquitis?		✓	
enfermedades de la sangre		✓	
Enfermedades cardiacas		✓	
Enfermedades cerebrales como derrames, trombosis, epilepsia?		✓	
Artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota (Inflamación o desgaste de una articulación)		✓	
Síndrome de túnel del carpo (Dolor, debilidad o entumecimiento de la mano y la muñeca, extendiéndose por todo el brazo)		✓	
Epicóndilitis (Inflamación e irritación de la zona del centro del codo)		✓	
Síndrome manguito rotador o tendinitis de hombro (Dolor en la articulación del hombro)		✓	
Escoliosis o deformidades de columna (Desviación de la columna vertebral)		✓	
Lumbalgia (Dolor de espalda baja, en la zona lumbar)		✓	
Hernia discal (La hernia provoca dolor en la zona lumbar en las vértebras)		✓	
Diabetes (azúcar alta en la sangre)?		✓	
Enfermedades digestivas		✓	
Enfermedades de la piel		✓	
Alergias en piel o vías respiratorias?		✓	
Trastornos de audición?		✓	
otros		✓	
Usted ha presentado alguno de estos rasgos característicos	**SI**	**NO**	**EXPLIQUE**
Cansancio		✓	
Sobrepeso		✓	
Sedentarismo		✓	
deseos de fumar o fuma		✓	
Deseo de consumir sustancias alucinógenas		✓	
Deseos de ingerir bebidas alcohólicas		✓	
Síntomas de estrés		✓	

2. OTRAS ACTIVIDADES EXTRA LABORALES	SI	NO	EXPLIQUE
Seleccione la opción si hay molestia o dolor, en algunas de las partes del cuerpo relacionadas en la siguiente figura. Si no tiene ninguna, marcar NO. Si tiene, por favor especifique hace cuánto tiempo, según la tabla relacionada a continuación			
		✓	A. Cuello
		✓	B. Hombro derecho
		✓	C. Hombro izquierdo
		✓	D. Brazo derecho
		✓	E. Brazo izquierdo
		✓	F. Codo derecho
		✓	G. Codo Izquierdo
		✓	H. Antebrazo derecho
		✓	I. Antebrazo izquierdo
		✓	J. Dedos, Mano derecho
		✓	K. Dedos, Mano izquierdo
		✓	L. Espalda Alta (cervical)
		✓	M. espalda Media (dorsal)
		✓	N. Espalda baja / cintura
		✓	O. Rodilla derecha
		✓	P. Rodilla izquierda
		✓	Q. Pie derecho
		✓	R. Pie izquierdo
		✓	S. Cabeza

	SI	NO	EXPLIQUE
Hace cuanto tiempo?		✓	
Si presenta molestia en mas de un segmento corporal, especifique el segmento que mas duele		✓	
La molestia mejora con el reposo, masajes, medicamentos		✓	
Ha tenido incapacidades expedidas por la EPS a causas de estas molestias		✓	

4. INFORMACIÓN EXCLUSIVA PARA MANOS Y MIEMBROS INFERIORES			
Si ha presentado síntomas en las manos conteste las siguientes preguntas			
	SI	NO	EXPLIQUE
Adormecimiento		✓	
Hormigueo		✓	
Inflamación		✓	
Otras molestias		✓	
En qué circunstancias se presentan las molestias en las manos?			
Duele cuando se expone al frio?		✓	
Duele cuando se expone al calor?		✓	
Cambios de temperatura (frío, caliente)?		✓	
Duele por permanecer en una sola posición?		✓	
Otra, Cual?		✓	
¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad laboral? De ser así indique cuales.			

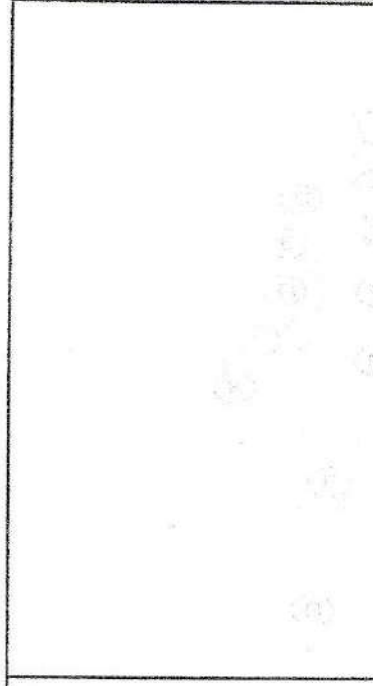
FIRMA TRABAJADOR

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	CUESTIONARIO DE MORBILIDAD SENTIDA	VERSION 1
		SST- F030
		Página 1 de 1

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

DATOS GENERALES							
FECHA	14/08/2024			CEDULA	8769407.		
NOMBRE	Aldair Valenca.						
CARGO	Maestro						
SEXO	F	M ✓	ESTATURA	1.68.	# HIJOS	4.	
EDAD	54.	PESO 74	USA GAFAS	SI	✓ NO		
TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL	33 años						
CIUDAD	Barranquilla.	DIRECCIÓN	Cra 16 #7-15.				
BARRIO	la luz	COMUNA					

1.ANTECEDENTES MÉDICOS	SI	NO	EXPLIQUE
Presenta alguno de los siguientes diagnósticos médicos:			
Enfermedades de los pulmones como asma, enfisema, bronquitis?		✓	
enfermedades de la sangre		✓	
Enfermedades cardiacas		✓	
Enfermedades cerebrales como derrames, trombosis, epilepsia?		✓	
Artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota (Inflamación o desgaste de una articulación)		✓	
Síndrome de túnel del carpo (Dolor, debilidad o entumecimiento de la mano y la muñeca, extendiéndose por todo el brazo)		✓	
Epicóndilitis (Inflamación e irritación de la zona del centro del codo)		✓	
Síndrome manguito rotador o tendinitis de hombro (Dolor en la articulación del hombro)		✓	
Escoliosis o deformidades de columna (Desviación de la columna vertebral)		✓	
Lumbalgia (Dolor de espalda baja, en la zona lumbar)		✓	
Hernia discal (La hernia provoca dolor en la zona lumbar en las vértebras)		✓	
Diabetes (azúcar alta en la sangre)?		✓	
Enfermedades digestivas		✓	
Enfermedades de la piel		✓	
Alergias en piel o vías respiratorias?		✓	
Trastornos de audición?		✓	
otros		✓	
Usted ha presentado alguno de estos rasgos característicos	**SI**	**NO**	**EXPLIQUE**
Cansancio		✓	
Sobrepeso		✓	
Sedentarismo		✓	
deseos de fumar o fuma		✓	
Deseo de consumir sustancias alucinógenas		✓	
Deseos de ingerir bebidas alcohólicas		✓	
Síntomas de estrés		✓	

2. OTRAS ACTIVIDADES EXTRA LABORALES	SI	NO	EXPLIQUE
Seleccione la opción si hay molestia o dolor, en algunas de las partes del cuerpo relacionadas en la siguiente figura. Si no tiene ninguna, marcar NO. Si tiene, por favor especifique hace cuánto tiempo, según la tabla relacionada a continuación			
		✓	A. Cuello
		✓	B. Hombro derecho
		✓	C .Hombro izquierdo
		✓	D. Brazo derecho
		✓	E. Brazo izquierdo
		✓	F. Codo derecho
		✓	G. Codo Izquierdo
		✓	H. Antebrazo derecho
		✓	I. Antebrazo izquierdo
		✓	J. Dedos, Mano derecho
		✓	K. Dedos, Mano izquierdo
		✓	L. Espalda Alta (cervical)
		✓	M. espalda Media (dorsal)
		✓	N. Espalda baja / cintura
		✓	O. Rodilla derecha
		✓	P. Rodilla izquierda
		✓	Q. Pie derecho
			R. Pie izquierdo
		✓	S. Cabeza

	SI	NO	EXPLIQUE
Hace cuanto tiempo?		✓	
Si presenta molestia en mas de un segmento corporal, especifique el segmento que mas duele		✓	
La molestia mejora con el reposo, masajes, medicamentos		✓	
Ha tenido incapacidades expedidas por la EPS a causas de estas molestias		✓	
4. INFORMACIÓN EXCLUSIVA PARA MANOS Y MIEMBROS INFERIORES			
Si ha presentado síntomas en las manos conteste las siguientes preguntas			
	SI	**NO**	**EXPLIQUE**
Adormecimiento		✓	
Hormigueo		✓	
Inflamación		✓	
Otras molestias		✓	
En qué circunstancias se presentan las molestias en las manos?			
Duele cuando se expone al frio?		✓	
Duele cuando se expone al calor?		✓	
Cambios de temperatura (frío, caliente)?		✓	
Duele por permanecer en una sola posición?		✓	
Otra, Cual?		✓	
¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad laboral? De ser así indique cuales.			
Adhua Valencia.			

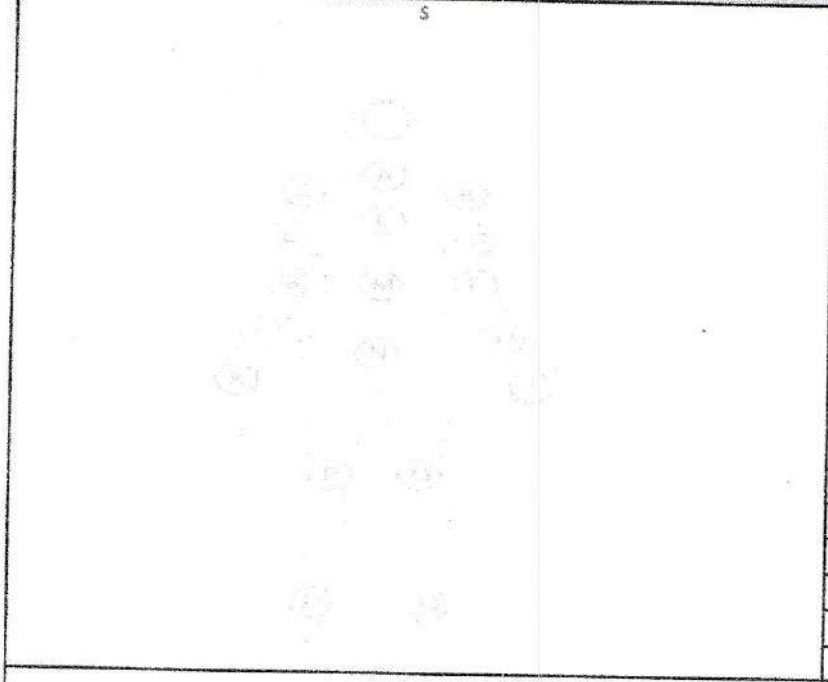
FIRMA TRABAJADOR

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	CUESTIONARIO DE MORBILIDAD SENTIDA	VERSION 1
		SST- FO30
		Página 1 de 1

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

DATOS GENERALES									
FECHA	14/08/2024				CEDULA	1005086 87			
NOMBRE	Julián Ortegas Martinez.								
CARGO	Auxiliar								
SEXO	F		M	X	ESTATURA	175	# HIJOS	1	
EDAD	28				PESO	75	USA GAFAS	SI	✓ NO
TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL					5 años				
CIUDAD	Coveñas				DIRECCIÓN				
BARRIO	Coveñitas				COMUNA				

1.ANTECEDENTES MÉDICOS	SI	NO	EXPLIQUE
Presenta alguno de los siguientes diagnósticos médicos:			
Enfermedades de los pulmones como asma, enfisema, bronquitis?		✓	
enfermedades de la sangre		✓	
Enfermedades cardiacas		✓	
Enfermedades cerebrales como derrames, trombosis, epilepsia?		✓	
Artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota (Inflamación o desgaste de una articulación)		✓	
Síndrome de túnel del carpo (Dolor, debilidad o entumecimiento de la mano y la muñeca, extendiéndose por todo el brazo)		✓	
Epicóndilitis (Inflamación e irritación de la zona del centro del codo)		✓	
Síndrome manguito rotador o tendinitis de hombro (Dolor en la articulación del hombro)		✓	
Escoliosis o deformidades de columna (Desviación de la columna vertebral)		✓	
Lumbalgia (Dolor de espalda baja, en la zona lumbar)		✓	
Hernia discal (La hernia provoca dolor en la zona lumbar en las vértebras)		✓	
Diabetes (azúcar alta en la sangre)?		✓	
Enfermedades digestivas		✓	
Enfermedades de la piel		✓	
Alergias en piel o vías respiratorias?		✓	
Trastornos de audición?		✓	
otros		✓	
Usted ha presentado alguno de estos rasgos característicos	**SI**	**NO**	**EXPLIQUE**
Cansancio		✓	
Sobrepeso		✓	
Sedentarismo		✓	
deseos de fumar o fuma		✓	
Deseo de consumir sustancias alucinógenas		✓	
Deseos de ingerir bebidas alcohólicas		✓	
Síntomas de estrés		✓	

2. OTRAS ACTIVIDADES EXTRA LABORALES	SI	NO	EXPLIQUE
Seleccione la opción si hay molestia o dolor, en algunas de las partes del cuerpo relacionadas en la siguiente figura. Si no tiene ninguna, marcar NO. Si tiene, por favor especifique hace cuánto tiempo, según la tabla relacionada a continuación			
		X	A. Cuello
		X	B. Hombro derecho
		X	C. Hombro izquierdo
		X	D. Brazo derecho
		X	E. Brazo izquierdo
		X	F. Codo derecho
		X	G. Codo Izquierdo
		X	H. Antebrazo derecho
		X	I. Antebrazo izquierdo
		X	J. Dedos, Mano derecho
		X	K. Dedos, Mano izquierdo
		X	L. Espalda Alta (cervical)
		X	M. espalda Media (dorsal)
		X	N. Espalda baja / cintura
		X	O. Rodilla derecha
		X	P. Rodilla izquierda
		X	Q. Pie derecho
		X	R. Pie izquierdo
		X	S. Cabeza

	SI	NO	EXPLIQUE
Hace cuanto tiempo?		X	
Si presenta molestia en mas de un segmento corporal, especifique el segmento que mas duele		X	
La molestia mejora con el reposo, masajes, medicamentos		X	
Ha tenido incapacidades expedidas por la EPS a causas de estas molestias		X	

4. INFORMACIÓN EXCLUSIVA PARA MANOS Y MIEMBROS INFERIORES			
Si ha presentado síntomas en las manos conteste las siguientes preguntas			
	SI	NO	EXPLIQUE
Adormecimiento		X	
Hormigueo		X	
Inflamación		X	
Otras molestias		X	
En qué circunstancias se presentan las molestias en las manos?			
Duele cuando se expone al frio?		X	
Duele cuando se expone al calor?		X	
Cambios de temperatura (frío, caliente)?		X	
Duele por permanecer en una sola posición?		X	
Otra, Cual?		X	
¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad laboral? De ser así indique cuales.			
X			

FIRMA TRABAJADOR

Anexo 11, Reporte e investigación de AT, lecciones aprendidas y ausentismo laboral

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Versión. 1
		Cod: SST-F07
	CONTROL DE AUSENTISMO	Pag. 1 de 1

PROYECTO	**CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE**		
MES	**AGOSTO DE 2024**		
AUXILIAR SST	**STEPHANNY GARAY**	**COORDINADOR SST**	**LUIS SALGADO**

NOMBRE Y APELIDOS	N° CC	FECHA INICIAL	FECHA FINAL	CLASES DE AUSENTISMO		TOTAL DIAS
				AT	EC	
ROBERTO ANTONIO AGAMEZ JIMENEZ	1003655736	26/08/2024	27/08/2024	X		2

OBSERVACIONES

INSTRUCCIONES PARA EL FORMATO
ESCRIBA NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS
ESCRIBA LA FECHA INICIAL DEL EVENTO DD/MM/AAAA
ESCRIBA LA FECHA FINAL DEL EVENTO DD/MM/AAAA

TOTAL DIAS AUSENTES 2

AT ACCIDENTE DE TRABAJO
EC: ENFERMEDAD COMUN

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

ARL | sura

EPS a la que está afiliado	Código EPS	ARL a la que está afiliado	Código ARL
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA	330	ARL SURA	40

AFP a la que está afiliado: PROTECCION — Código AFP: 002

Identificación general de la empresa

Tipo de vinculador laboral: (•) Empleador ( ) Contratante ( ) Cooperativa de trabajo asociado

Nombre de la actividad económica

CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS RESIDENCIALES, CASAS Y EDIFICIOS, MONTAJE DE CUBIERTAS METÁLICAS, PUERTAS, VENTANAS, CONSTRUCCIONES PREFABRICADAS, REFORMA O RENOVACIÓN DE ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EXISTENTES

Nombre o razón social: CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

Tipo de identificación: (•) NI ( ) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA — Número: 901811441

Dirección	Teléfono	Fax
CL 42 # 7 - 40	3114269116	

Correo electrónico	Departamento	Municipio	Zona
LEU.1973@HOTMAIL.COM	CORDOBA	MONTERIA	(•) U ( ) R

Centro de trabajo donde labora el trabajador

Son los datos del centro de trabajo son los mismos de la sede principal? (•) Si ( ) No

Nombre de la actividad económica del centro de trabajo — Código de la actividad económica del centro de trabajo: 5411201

CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, INCLUYE CONSTRUCCIÓN DE TODO TIPO DE EDIFICIOS NO RESIDENCIALES, REFORMA O RENOVACIÓN DE ESTRUCTURAS EXISTENTES, CONSTRUCCIONES

Dirección	Teléfono	Fax
CR 25 AV LA ESMERALDA	3114269116	7919612

Departamento	Municipio	Zona
SUCRE	COVEÑAS	(•) U ( ) R

Identificación de la persona que se accidentó

Tipo de vinculación: (•) Planta ( ) Misión ( ) Cooperado ( ) Estudiante o aprendíz ( ) Independiente — Código

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
AGAMEZ	JIMENEZ	ROBERTO ANTONIO

Tipo de identificación	Número	Fecha de nacimiento	Sexo
( ) NI (•) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA	1003655736	20041997	(•) M ( ) F

Dirección	Teléfono	Fax
VE TORRENTE INDIGENA	3116854559	7919612

Departamento	Municipio	Zona	Cargo
SUCRE	COVEÑAS	(•) U ( ) R	AYUDANTE DE OBRA

Ocupación habitual	Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente
OBREROS DE OBRAS PÚBLICAS Y MANTENIMIENTO: CARRETERAS, PRESAS Y OBRAS SIMILARES	0:10

Fecha de ingreso a la empresa	Salario u honorarios (mensual)	Jornada de trabajo habitual
16082024	1300000	(•) Diurna ( ) Nocturna ( ) Mixto ( ) Turnos

Información sobre el accidente

Fecha del accidente	Estaba dentro de la empresa?	Día de la semana en el que ocurrio el accidente
26082024 10:20:00	N	Lunes

Jornada en que sucede	¿Estaba realizando su labor habitual?	¿Cuál?
(•) Normal ( ) Extra	(•) Si ( ) No	

¿Causó la muerte al trabajador?	Departamento del accidente	Municipio del accidente	Zona donde ocurrio el accidente
( ) Si (•) No	SUCRE	COVEÑAS	(•) U ( ) R

Total tiempo laborado previo al accidente	Tipo de accidente
3:20	( ) Violencia ( ) Tránsito ( ) Deportivo ( ) Recreativo o cultural (•) Propios del trabajo

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Lugar donde ocurrió el accidente ○ Dentro de la empresa ◉ Fuera de la empresa

Indique cuál sitio

- ○ Almacenes o depósitos
- ◉ Áreas de producción
- ○ Áreas recreativas o deportivas
- ○ Corredores o pasillos
- ○ Escaleras
- ○ Parqueaderos o áreas de circulación vehícular
- ○ Oficinas
- ○ Otras áreas comunes
- ○ Otro

Parte del cuerpo aparentemente afectado

- ○ Cabeza
- ○ Ojo
- ○ Cuello
- ○ Tronco (incluye espalda, columna vertebral, médula espinal, pélvis)
- ○ Tórax
- ○ Abdomen
- ◉ Miembros superiores
- ○ Manos
- ○ Miembros inferiores
- ○ Pies
- ○ Ubicaciones múltiples
- ○ Lesiones generales u otras

Tipo de Lesión

- ○ Fractura
- ○ Luxación
- ○ Torcedura o esguince, desgarro muscular, hernia o laceración de tendón sin herida
- ○ Conmoción o trauma interno
- ○ Amputación o ennucleación
- ○ Herida
- ○ Trauma superficial
- ◉ Golpe contusión o aplastamiento
- ○ Quemadura
- ○ Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia
- ○ Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente
- ○ Asfixia
- ○ Efecto de la electricidad
- ○ Efecto nocivo de la radiación
- ○ Lesiones múltiples
- ○ Otro

Agente del accidente (con que se lesionó el trabajador)

- ◉ Máquinas y/o equipos
- ○ Medios de transporte
- ○ Aparatos
- ○ Herramientas, implementos o utensilios
- ○ Materiales o sustancias
- ○ Radiaciones
- ○ Ambiente de trabajo (incluye superficies de tránsito y de trabajo, muebles, tejados, en el exterior, interior o subterráneos)
- ○ Otros agentes no clasificados
- ○ Animales (vivos o productos animales)
- ○ Agentes no clasificados por falta de datos

Mecanismos o forma del accidente

- ○ Caída de personas
- ○ Caída de objetos
- ○ Pisadas, choques o golpes
- ○ Atrapamientos
- ○ Sobreesfuerzo, esfuerzo excesivo o falso movimiento
- ○ Exposición o contacto con temperatura extrema
- ○ Exposición o contacto con la electricidad
- ○ Exposición o contacto con sustancias nocivas o radiaciones o salpicaduras
- ◉ Golpes por o contra objetos
- ○ Otro

Descripción del accidente

EL TRABAJADOR ROBERTO AGAMEZ, SE DISPONIA A TRANSPORTAR UNA MEZCLADORA CON UN COMPAÑERO,DESDE EL BLOQUE DOS HASTA LA BODEGA, EN DICHO RECORRIDO, EL COMPAÑERA SE RESBALA,; Y COMO CONSECUENCIA LE CAE TODO EL PESO AAL COMPAÑERO 8ROBERTO), PRODUCIENDO FUERTE DOLOR EN EL HOMBRE Y BRAZO DERECHO.

Personas que presenciaron el accidente — Hubo personas que presenciaron el accidente? ○ Si ◉ No

Apellidos y nombres — Documento de identidad — No.

Cargo — CC TI CE NU PA

Apellidos y nombres — Documento de identidad — No.

Cargo — CC TI CE NU PA

Persona responsable del informe (Representante o delegado) — Documento de identidad — No.

Apellidos y nombres: SALGADO PADILLA LUIS EDUARDO — ◉ CC ○ TI ○ CE ○ NU ○ PA 1067280132

Cargo: COORDINADOR SST

Fecha de diligenciamiento del informe del accidente

Fecha de recibido en ARL SURA

ARL | sura
26-08-2024 14:32:40
26-08-2024 14:32:40
RECIBIDO

Fecha Impresión 26-08-2024 14:32:49

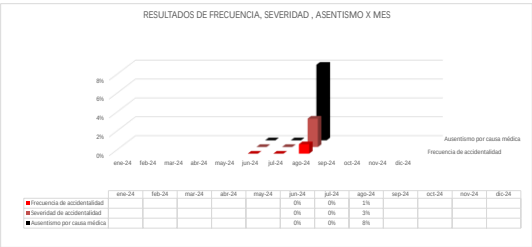
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA VIGILADO

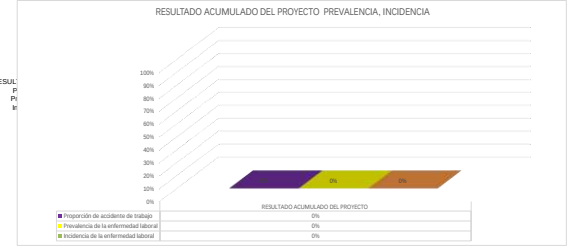
Anexo 12, Cálculo de indicadores de accidentalidad directos y subcontratados

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD Y AUSENTISMO TRABAJADORES DIRECTOS

Nombre del indicador	Definición	Fórmula	Interpretación	Periodicidad Mínima	RESULTADOS											
					ene-24	feb-24	mar-24	abr-24	may-24	jun-24	jul-24	ago-24	sep-24	oct-24	nov-24	dic-24
Frecuencia de accidentalidad	Número de veces que ocurre un accidente de trabajo en el mes	(Número de accidentes de trabajo que se presentaron en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100	Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes, se presentaron X accidentes de trabajo	Mensual						0%	0%	1%				
Proporcion	Proporción de accidentes de trabajo mortale	(Número de accidentes de trabajo mortales que se presentaron en el año / Total de accidentes de trabajo que se presentaron en el año) * 100	En el año, el X% de accidentes de trabajo fueron mortales	Anual						0%	0%	0%				
Severidad de accidentalidad	Número de días perdidos por accidentes de trabajo en el mes	(Número de días de incapacidad por accidente de trabajo en el mes + número de días cargados en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100	Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes, se perdieron X días por accidente de trabajo	Mensual						0%	0%	3%				
Prevalencia de la enfermedad laboral	Número de casos de enfermedad laboral presentes en una población en un periodo de tiempo	(Número de casos nuevos y antiguos de enfermedad laboral en el periodo "Z" / Promedio de trabajadores en el periodo "Z") * 100.000	Por cada 100.000 trabajadores existen X casos de enfermedad laboral en el periodo Z	Anual						0%	0%	0%				
Incidencia de la enfermedad laboral	Número de casos nuevos de enfermedad laboral en una población determinada en un periodo de tiempo	(Número de casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo "Z" / Promedio de trabajadores en el periodo "Z") * 100.000	Por cada 100.000 trabajadores existen X casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo Z	Anual						0%	0%	0%				
Ausentismo por causa médica	Ausentismo es la no asistencia al trabajo, con incapacidad médica	(Número de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes / Número de días de trabajo programados en el mes) * 100	En el mes se perdió X% de días programados de trabajo por incapacidad médica	Mensual						0%	0%	8%				





FORMULA FRECUENCIA DE ACCIDENTALIDAD

(Número de accidentes de trabajo que se presentaron en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100

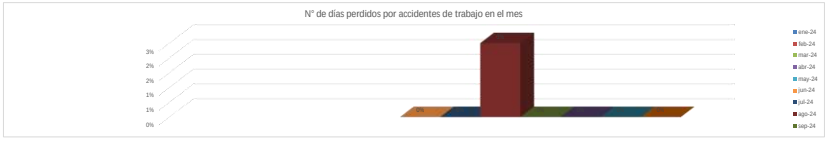
Frecuencia de accidentalidad	ene-24	feb-24	mar-24	abr-24	may-24	jun-24	jul-24	ago-24	sep-24	oct-24	nov-24	dic-24
Numerador						0	0	1				
Denominador						18	11	80				
Resultado						0%	0%	1%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
Interpretación	Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes, se presentaron cero 0 accidentes de trabajo											



FORMULA SEVERIDAD DE ACCIDENTALIDAD

(Número de días de incapacidad por accidente de trabajo en el mes + número de días cargados en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100

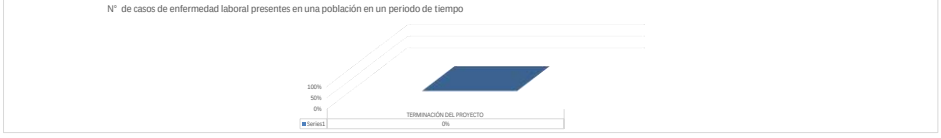
Severidad de accidentalidad	ene-24	feb-24	mar-24	abr-24	may-24	jun-24	jul-24	ago-24	sep-24	oct-24	nov-24	dic-24
Numerador						0	0	2				
Denominador						18	11	80				
Resultado						0%	0%	3%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
Interpretación	Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes, se perdieron X días por accidente de trabajo											



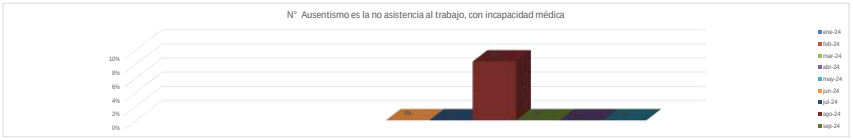
FORMULA PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD LABORAL

(Número de casos nuevos y antiguos de enfermedad laboral en el periodo "Z" / Promedio de trabajadores en el periodo "Z") * 100.000

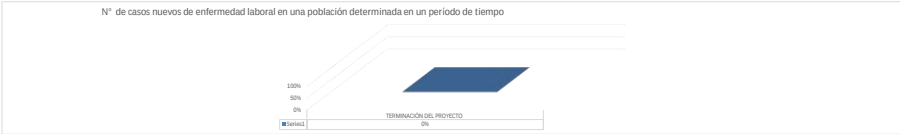
Prevalencia de la enfermedad laboral	ene-24	feb-24	mar-24	abr-24	may-24	jun-24	jul-24	ago-24	sep-24	oct-24	nov-24	dic-24	TERMINACIÓN DEL PROYECTO
Numerador						0	0	0					0
Denominador						18	11	80					36,3333333
Resultado						0%	0%	0%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	0%
Interpretación	Por cada 100.000 trabajadores existen X casos de enfermedad laboral en el periodo Z												



FORMULA AUSENTIMOS POR CAUSA MEDICA												
(Número de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes / Número de días de trabajo programados en el mes) * 100												
Ausentismo por causa médica	ene-24	feb-24	mar-24	abr-24	may-24	jun-24	jul-24	ago-24	sep-24	oct-24	nov-24	dic-24
Numerador						0	0	2				
Denominador						20	24	24				
Resultado						0%	0%	8%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
Interpretación	En el mes se perdió X% de días programados de trabajo por incapacidad médica											



FORMULA INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD LABORAL													
(Número de casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo "Z" / Promedio de trabajadores en el periodo "Z") * 100.000													
Incidencia de la enfermedad laboral	ene-24	feb-24	mar-24	abr-24	may-24	jun-24	jul-24	ago-24	sep-24	oct-24	nov-24	dic-24	TERMINACIÓN DEL PROYECTO
Numerador						0	0	0					0
Denominador						18	11	80					36,33333333
Resultado						0%	0%	0%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	0%
Interpretación	Por cada 100.000 trabajadores existen X casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo Z												



FORMULA PROPORCION DE ACCIDENTES DE TRABAJO MORTALES													
Número de accidentes de trabajo mortales que se presentaron en el año / Total de accidentes de trabajo que se presentaron en el año) * 100													
ACCIDENTES MORTALES	ene-24	feb-24	mar-24	abr-24	may-24	jun-24	jul-24	ago-24	sep-24	oct-24	nov-24	dic-24	TERMINACIÓN DEL PROYECTO
Numerador						0	0	0					0
Denominador						0	0	0					0
Resultado						0%	0%	0%					#¡DIV/0!
Interpretación	En el año, el X% de accidentes de trabajo fueron mortales												

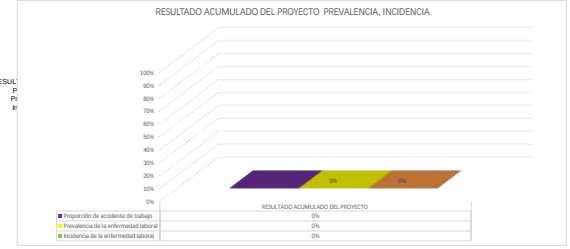


CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD Y AUSENTISMO TRABAJADORES SUBCONTRATADOS

Nombre del indicador	Definición	Fórmula	Interpretación	Periodicidad Mínima	RESULTADOS											
					ene-24	feb-24	mar-24	abr-24	may-24	jun-24	jul-24	ago-24	sep-24	oct-24	nov-24	dic-24
Frecuencia de accidentalidad	Número de veces que ocurre un accidente de trabajo en el mes	(Número de accidentes de trabajo que se presentaron en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100	Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes, se presentaron X accidentes de trabajo	Mensual						0%	0%	0%				
Proporcion	Proporción de accidentes de trabajo mortale	(Número de accidentes de trabajo mortales que se presentaron en el año / Total de accidentes de trabajo que se presentaron en el año) * 100	En el año, el X% de accidentes de trabajo fueron mortales	Anual						0%	0%	0%				
Severidad de accidentalidad	Número de días perdidos por accidentes de trabajo en el mes	(Número de días de incapacidad por accidente de trabajo en el mes + número de días cargados en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100	Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes, se perdieron X días por accidente de trabajo	Mensual						0%	0%	0%				
Prevalencia de la enfermedad laboral	Número de casos de enfermedad laboral presentes en una población en un periodo de tiempo	(Número de casos nuevos y antiguos de enfermedad laboral en el periodo "Z" / Promedio de trabajadores en el periodo "Z") * 100.000	Por cada 100.000 trabajadores existen X casos de enfermedad laboral en el periodo Z	Anual						0%	0%	0%				
Incidencia de la enfermedad laboral	Número de casos nuevos de enfermedad laboral en una población determinada en un periodo de tiempo	(Número de casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo "Z" / Promedio de trabajadores en el periodo "Z") * 100.000	Por cada 100.000 trabajadores existen X casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo Z	Anual						0%	0%	0%				
Ausentismo por causa médica	Ausentismo es la no asistencia al trabajo, con incapacidad médica	(Número de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes / Número de días de trabajo programados en el mes) * 100	En el mes se perdió X% de días programados de trabajo por incapacidad médica	Mensual						0%	0%	0%				





FORMULA FRECUENCIA DE ACCIDENTALIDAD

(Número de accidentes de trabajo que se presentaron en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100

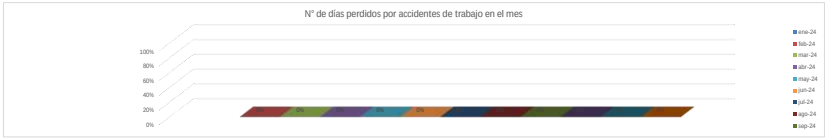
Frecuencia de accidentalidad	ene-24	feb-24	mar-24	abr-24	may-24	jun-24	jul-24	ago-24	sep-24	oct-24	nov-24	dic-24
Numerador						0	0	0				
Denominador						1	29	7				
Resultado						0%	0%	0%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
Interpretación	Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes, se presentaron cero 0 accidentes de trabajo											



FORMULA SEVERIDAD DE ACCIDENTALIDAD

(Número de días de incapacidad por accidente de trabajo en el mes + número de días cargados en el mes / Número de trabajadores en el mes) * 100

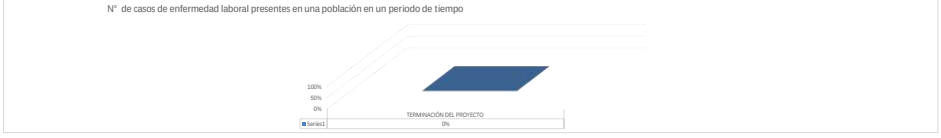
Severidad de accidentalidad	ene-24	feb-24	mar-24	abr-24	may-24	jun-24	jul-24	ago-24	sep-24	oct-24	nov-24	dic-24
Numerador						0	0	0				
Denominador						1	29	7				
Resultado						0%	0%	0%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
Interpretación	Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes, se perdieron X días por accidente de trabajo											



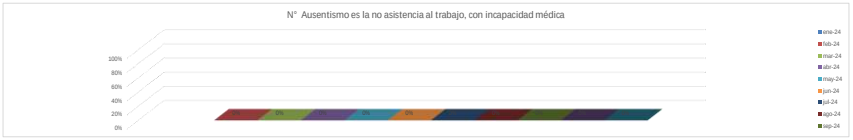
FORMULA PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD LABORAL

(Número de casos nuevos y antiguos de enfermedad laboral en el periodo "Z" / Promedio de trabajadores en el periodo "Z") * 100.000

Prevalencia de la enfermedad laboral	ene-24	feb-24	mar-24	abr-24	may-24	jun-24	jul-24	ago-24	sep-24	oct-24	nov-24	dic-24	TERMINACIÓN DEL PROYECTO
Numerador						0	0	0					0
Denominador						1	29	7					12,33333333
Resultado						0%	0%	0%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	0%
Interpretación	Por cada 100.000 trabajadores existen X casos de enfermedad laboral en el periodo Z												



FORMULA AUSENTIMOS POR CAUSA MEDICA												
(Número de días de ausencia por incapacidad laboral o común en el mes / Número de días de trabajo programados en el mes) * 100												
Ausentismo por causa médica	ene-24	feb-24	mar-24	abr-24	may-24	jun-24	jul-24	ago-24	sep-24	oct-24	nov-24	dic-24
Numerador						0	0	0				
Denominador						20	24	24				
Resultado						0%	0%	0%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
Interpretación	En el mes se perdió X% de días programados de trabajo por incapacidad médica											



FORMULA INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD LABORAL													
(Número de casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo "Z" / Promedio de trabajadores en el periodo "Z") * 100.000													
Incidencia de la enfermedad laboral	ene-24	feb-24	mar-24	abr-24	may-24	jun-24	jul-24	ago-24	sep-24	oct-24	nov-24	dic-24	TERMINACIÓN DEL PROYECTO
Numerador						0	0	0					0
Denominador						1	29	7					12,33333333
Resultado						0%	0%	0%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	0%
Interpretación	Por cada 100.000 trabajadores existen X casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo Z												



FORMULA PROPORCION DE ACCIDENTES DE TRABAJO MORTALES													
Número de accidentes de trabajo mortales que se presentaron en el año / Total de accidentes de trabajo que se presentaron en el año) * 100													
ACCIDENTES MORTALES	ene-24	feb-24	mar-24	abr-24	may-24	jun-24	jul-24	ago-24	sep-24	oct-24	nov-24	dic-24	TERMINACIÓN DEL PROYECTO
Numerador						0	0	0					0
Denominador						0	0	0					0
Resultado						0%	0%	0%					#¡DIV/0!
Interpretación	En el año, el X% de accidentes de trabajo fueron mortales												



Anexo 13, Acta entrega de epp y dotación

Bloque 1

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

VERSION: 1
CODIGO: SST - F -045
PAGINA: 1 DE 1

NOMBRE DEL PROYECTO: CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

FECHA	NOMBRE DEL EMPLEADO	CÉDULA	TIPO DE ENTREGA					ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN																Firma
			Reposición	Perdida	ENTREGA PERIÓDICA: Primera del año	Segunda del año	Tercera del año	Cascos de seguridad	Gafas de seguridad	Protección facial	Protectores Auditivos tipo copa	Protectores Auditivos de Inserción	Protector respiratorio	Camisa manga larga	Overol	Botas Pantaneras punta acerada	Botas de cuero con punta acerada	Guantes de Vaqueta	Guantes de carnaza	Arnés de seguridad	Careta para soldar	Peto y polaina soldar	Chaleco reflectivo	
15/08/2024	Jorge Cantillo	1047043732			✓			✓	✓								✓	✓				✓		Jorge Cantillo
15/08/2024	Ricardo Manjarrez	1007564070			✓			✓	✓									✓						Ricardo manjarrez
15/08/2024	Jalin Valencia	72212811			✓			✓	✓															Jalin Valencia
15/08/2024	Manuel Dominguez	8777760			✓			✓	✓								✓							Manuel Dominguez
15/08/2024	Gabriel Moreno	1072529607			✓			✓	✓									✓						Gabriel
15/08/2024	Enoc Diaz	7225503			✓			✓	✓															Enoc Diaz
15/08/2024	Andres España	1010012215			✓			✓	✓								✓	✓						Andres España
15/08/2024	Julio posso	1072522158			✓			✓	✓															Julio posso
15/08/2024	Julian ortega	1005708682			✓			✓	✓								✓							
15/08/2024	Dani Luz Suarez	1007245380			✓			✓	✓															Dani luz suarez
15/08/2024	Aldrin Valencia	8769402			✓			✓	✓															Aldrin Valencia
16/08/2024	Manuel Dominguez	8777760			✓			✓								✓								Manuel Dom
16/08/2024	Julian Ortega	1005708682	✓					✓										✓						
21/08/2024	Hugo Garay	1005708729	✓		✓			✓						✓	✓		✓	✓						Hugo garay
21/08/2024	Luis contreras	1131108111			✓			✓	✓					✓	✓			✓						
21/08/2024	Manuel Dominguez	8777760			✓									✓	✓		✓	✓						Manuel Dominguez
21/08/2024	Julio Posso	1072527158			✓									✓	✓		✓							Julio posso
23/08/2024	Luis Contreras	1131108111			✓									✓	✓									
23/08/2024	Adrian valencia	8769402	✓						✓					✓				✓						Aldrin Valencia
23/08/2024	Gabriel Moreno	1072529607	✓											✓				✓						Gabriel Moreno
24/08/2024	Hugo Garay	1005708729			✓											✓								Hugo garay
24/08/2024	Eyder David	1064310879			✓											✓								

COMPROMISO:
Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CÓDIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO: Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979: Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el area de seguridad y salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado del CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE.

RESPONSABLE

Bloque 1.

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	VERSION: 1 CODIGO: SST - F -045 PAGINA: 1 DE 1

NOMBRE DEL PROYECTO: CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

FECHA	NOMBRE DEL EMPLEADO	CÉDULA	TIPO DE ENTREGA					ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN																Firma
			Reposición	Perdida	ENTREGA PERIÓDICA: Primera del año	Segunda del año	Tercera del año	Cascos de seguridad	Gafas de seguridad	Protección facial	Protectores Auditivos tipo copa	Protectores Auditivos de Inserción	Protector respiratorio	Camisa manga larga	Overol	Botas Pantaneras punta acerada	Botas de cuero con punta acerada	Guantes de Vaqueta	Guantes de carnaza	Arnés de seguridad	Careta para soldar	Peto y polaina soldar	Chaleco reflectivo	
24/08/2024	Osvaldo Vargo	1131108401			✓											✓								
26/08/2024	Jorge Cantillo	1047043732			✓			✓								✓								
26/08/2024	Luis Ladeuth	1131108805			✓			✓	✓							✓								
26/08/2024	Pararbrillo	50988098			✓			✓								✓								
26/08/2024	Jhon Zeñiga	1131104030			✓			✓								✓								
26/08/2024	Jan Correa	1192777765			✓			✓								✓								
26/08/2024	Marcelino Pinco	9020724			✓			✓								✓								
27/08/2024	Enoc Diaz	72215503			✓											✓								

COMPROMISO:
Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Utilizando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CÓDIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO: Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979: Art. 86; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP, mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el area de seguridad y salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado del CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE.

RESPONSABLE

Bloque 2

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	VERSION: 1
		CODIGO: SST - F -045
		PAGINA: 1 DE 1

NOMBRE DEL PROYECTO: CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

FECHA	NOMBRE DEL EMPLEADO	CÉDULA	TIPO DE ENTREGA					ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN																Firma
			Reposición	Perdida	ENTREGA PERIÓDICA			Cascos de seguridad	Gafas de seguridad	Protección facial	Protectores Auditivos tipo copa	Protectores Auditivos de inserción	Protector respiratorio	Camisa manga larga	Overol	Botas Pantaneras punta acerada	Botas de cuero con punta acerada	Guantes de Vaqueta	Guantes de carnaza	Arnés de seguridad	Careta para soldar	Peto y polainas soldar	Chaleco reflectivo	
					Primera del año	Segunda del año	Tercera del año																	
21/08/24	Jaider Chamorro	92640310	✓															✓						Jaider CH
23/08/24	Jesus Tomas	1143112876S			✓											✓								Jesus Tomas
23/08/24	Yovany TOUS	15619367			✓											✓								YOVANNY
25/08/24	Elmos TOUS	73231900			✓											✓								Helmer TOUS
27/08/24	Wendith Miranda	1151188615	✓						✓															
28/08/24	Jesús Yanez	1131105153			✓			✓																Jesus Yanez
28/08/24	Tomas Zuñiga	1131108816			✓			✓																TomaS ZUÑIGA A
28/08/24	Heiner Hongalio	85083707			✓			✓																Heiner
28/08/24	Yan Carlos Cardenas	1007745363			✓			✓																Yan. C

COMPROMISO:
Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Usando los equipos /elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CÓDIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el área de seguridad y salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado del CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE.

RESPONSABLE

Bloque 2

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	VERSION: 1 CODIGO: SST - F -045 PAGINA: 1 DE 1

NOMBRE DEL PROYECTO: CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

FECHA	NOMBRE DEL EMPLEADO	CÉDULA	TIPO DE ENTREGA					ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN																Firma
			Reposición	Perdida	ENTREGA PERIÓDICA: Primera del año	Segunda del año	Tercera del año	Cascos de seguridad	Gafas de seguridad	Protección facial	Protectores Auditivos tipo copa	Protectores Auditivos de inserción	Protector respiratorio	Camisa manga larga	Overol	Botas Pantaneras punta acerada	Botas de cuero con punta acerada	Guantes de Vaqueta	Guantes de carnaza	Arnés de seguridad	Careta para soldar	Peto y polaina soldar	Chaleco reflectivo	
15/08/2024	William Hernandez	1067400596	✓						✓									✓						
15/08/2024	Wuadith Miranda	1151188615	✓						✓									✓						
15/08/2024	Daniel Monterroza	1129504510			✓				✓															
15/08/2024	Yofran Suarez		✓		✓				✓					✓	✓	✓	✓							
15/08/2024	Yoder Chamorro	92640310			✓				✓															
15/08/2024	Ever Fuentes	92539319			✓				✓															
15/08/2024	Diego Barrera	15725762			✓				✓															
15/08/2024	Yofran Suarez		✓												✓									
19/08/2024	Yofran Suarez		✓																					
19/08/2024	Roberto Reyes	1003655736			✓				✓									✓						
20/08/2024	Elmus Tous	78231900			✓			✓	✓									✓						
20/08/2024	Yovany Tous	15619367			✓			✓	✓									✓						
20/08/2024	Luis Sepulveda	1131109665			✓			✓	✓									✓						
20/08/2024	Cristian Malanaga	1075522613			✓			✓	✓									✓						
20/08/2024	Alexander Vergara	1131108085			✓			✓	✓						✓			✓						
20/08/2024	Jesus Tavaz	1131108265			✓			✓	✓						✓			✓						
20/08/2024	Eduardo Palmera	1100373			✓			✓	✓									✓						
20/08/2024	John Barquet	1562151	✓		✓			✓	✓				✓	✓		✓	✓	✓						
20/08/2024	Pedro Marquez	1131107808	✓		✓				✓															
20/08/2024	Daniel Monterroza	1129504510	✓						✓						✓			✓						
21/08/2024	Cristian Malanaga	1075522613	✓															✓						
21/08/2024	Wuadith Miranda	1151188615	✓															✓						

COMPROMISO: Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CÓDIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO, Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88, DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el area de seguridad y salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado del CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE.

RESPONSABLE

Bloque 3

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	VERSION: 1
		CODIGO: SST - F -045
		PAGINA: 1 DE 1

NOMBRE DEL PROYECTO: CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

FECHA	NOMBRE DEL EMPLEADO	CÉDULA	TIPO DE ENTREGA					ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN																Firma
			Reposición	Perdida	ENTREGA PERIÓDICA: Primera del año	Segunda del año	Tercera del año	Cascos de seguridad	Gafas de seguridad	Protección facial	Protectores Auditivos tipo copa	Protectores Auditivos de inserción	Protector respiratorio	Camisa manga larga	Overol	Botas Pantaneras punta acerada	Botas de cuero con punta acerada	Guantes de Vaqueta	Guantes de carnaza	Arnés de seguridad	Careta para soldar	Peto y polaina soldar	Chaleco reflectivo	
15/08/2024	Jose Prada.	78717284			✓			✓	✓									✓						
15/08/2024	Jose Hernández	8741258			✓			✓	✓									✓						
15/08/2024	Daniel Palomino	78030594			✓			✓	✓									✓						
15/08/2024	German Peralta	1005708688	✓						✓									✓						
15/08/2024	Pedro Murillo	9229029	✓						✓															
15/08/2024	Juan Garay	1193142465	✓						✓															
16/08/2024	Jhon Barquet	15621529			✓													✓						
20/08/2024	Pedro Marquez	1131107808			✓			✓																
20/08/2024	Gustavo Ramos	1131170304	✓													✓								
20/08/2024	Daniel Palomino	78030594	✓						✓									✓						
21/08/2024	Pedro Marquez	1131107808			✓																			
21/08/2024	Juan Insignares	1131110865			✓			✓	✓					✓	✓		✓							
21/08/2024	Kevin Sierra	1131104278			✓			✓	✓					✓	✓	✓	✓	✓						
21/08/2024	Yeina Hernandez	1003561521	✓					✓	✓					✓	✓	✓	✓	✓						
23/08/2024	Jhon Barquet	15621529	✓															✓						
23/08/2024	Gustavo Ramos	1131170304																✓						
23/08/2024	Alberto Baraba	1007245??	✓																					
22/08/2024	Heliodoro Prada	78717284		✓											✓									
24/08/2024	Juan Garay	1193142465		✓																				
24/08/2024	Daniel Palomino	78030594		✓											✓									
26/08/2024	Carlos Barquiceth	1104867???			✓		✓								✓									
26/08/2024	Jairo Ramos				✓		✓								✓									

COMPROMISO:

Yo me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CÓDIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el area de seguridad y salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado del CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE.

RESPONSABLE

Bloque 3

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	VERSION: 1 CODIGO: SST - F -045 PAGINA: 1 DE 1

NOMBRE DEL PROYECTO: CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

FECHA	NOMBRE DEL EMPLEADO	CÉDULA	TIPO DE ENTREGA					ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN																Firma
			Reposición	Perdida	ENTREGA PERIÓDICA: Primera del año	Segunda del año	Tercera del año	Cascos de seguridad	Gafas de seguridad	Protección facial	Protectores Auditivos tipo copa	Protectores Auditivos de inserción	Protector respiratorio	Camisa manga larga	Overol	Botas Pantaneras punta acerada	Botas de cuero con punta acerada	Guantes de Vaqueta	Guantes de carnaza	Arnés de seguridad	Careta para soldar	Peto y polaina soldar	Chaleco reflectivo	
27/08/24	Carlos Blanquett	1104864738			✓																			
28/08/24	Javier Barreto	1007665238			✓			✓						✓										
28/08/24	Oscar Causil	1073809188			✓			✓								✓								
28/08/24	Diana Morillo.	50988098			✓												✓							
28/08/24	Carlos Blanquett	1104864738			✓				✓							✓								
29/08/24	John Pena Molina	15034491			✓			✓																

COMPROMISO:
Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CÓDIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO: Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979: Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP, siendo objeto de verme inmerso en fallas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el área de seguridad y salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado del CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE.

RESPONSABLE

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	**ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL**	VERSION: 1 CODIGO: SST - F -045 PAGINA: 1 DE 1

NOMBRE DEL PROYECTO: **CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE**

FECHA	NOMBRE DEL EMPLEADO	CÉDULA	TIPO DE ENTREGA					ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN															Firma
			Reposición	Perdida	ENTREGA PERIÓDICA: Primera del año	Segunda del año	Tercera del año	Cascos de seguridad	Gafas de seguridad	Protección facial	Protectores Auditivos tipo copa	Protectores Auditivos de inserción	Protector respiratorio	Camisa manga larga	Overol	Botas Pantaneras punta reforzada	Botas de cuero con punta acerada	Guantes de Vaqueta	Guantes de carnaza	Arnés de seguridad	Careta para soldar	Peto y polaina soldar	Chaleco reflectivo	
12/08/2024	Yader Chamorro	92640310			✓									✓	✓		✓	✓						×Yader Chamorro
13/08/2024	Yeiner Alvarez	1003561521		✓												✓								×Yeiner Alvarez F
13/08/2024	Daniel Palomino	78030594			✓											✓		✓						×DANIEL
13/08/2024	Iván Garay	1193142465	✓															✓						× Iván Garay.
13/08/2024	Gustabo Ramos	1193110304	✓															✓						×GUSTAVO ADOLFO RAMOS
13/08/2024	Ricardo Manjarrez	1007-584090			✓											✓		✓						×Ricardo manjarrez
13/08/2024	Eros Diaz	72503215			✓													✓						Eros Díaz
13/08/2024	Manuel Domínguez	8772760			✓													✓						×Manuel Dominguez
13/08/2024	Andrés Español	1010092215			✓													✓						×Andrés E. España.
13/08/2024	Gabriel Moreno	1072522[illegible]			✓													✓						×Gabriel.
13/08/2024	Julio Posso	1072522758			✓													✓						×Julio Posso
13/08/2024	Julian Ortega	1005708682			✓													✓						×
13/08/2024	Jorge Castillo	1047043732			✓													✓						×
13/08/2024	Aníz Suarez	1007245380			✓													✓						×Aníz Suarez
13/08/2024	Marcelo Contreras	92230677			✓							✓			✓									Marcelo Contreras
13/08/2024	Daniel Monterrosa	1114504510			✓							✓												×Daniel Monterrosa
13/08/2024	Aldrin Valencia	8779402			✓																			×Aldrin Valencia
20/08/2024	Alvaro Manjarrez	1116615548			✓			✓	✓				✓	✓	✓			✓						×Alvaro Manjarrez.
22/08/24	Alvaro Manjarrez	1116615548														✓								×Alvaro Manjarrez
22/08/24	Luis Mendoza	1005708736	✓													✓		✓						×Luis Mendoza.
23/08/24	Fedor Pinco	1005708714			✓			✓								✓								

COMPROMISO: Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos. Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88. DECRETO 1295 DE 1994; Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el area de seguridad y salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado del CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE.

Stephanny Garay
RESPONSABLE

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	VERSION: 1
		CODIGO: SST - F -045
		PAGINA: 1 DE 1

NOMBRE DEL PROYECTO: CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

FECHA	NOMBRE DEL EMPLEADO	CÉDULA	TIPO DE ENTREGA					ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN																Firma
			Reposición	Perdida	ENTREGA PERIÓDICA: Primera del año	Segunda del año	Tercera del año	Cascos de seguridad	Gafas de seguridad	Protección facial	Protectores Auditivos tipo copa	Protectores Auditivos de inserción	Protector respiratorio	Camisa manga larga	Overol	Botas Pantaneras punta acerada	Botas de cuero con punta acerada	Guantes de Vaqueta	Guantes de carnaza	Arnés de seguridad	Careta para soldar	Peto y polaina soldar	Chaleco reflectivo	
05/08/2024	Iván Garay	1193142465	-																					
05/08/2024	Gustavo Ramos	1231110304	✓															✓						
05/08/2024	Yeiner Alvarez	1003561521	✓															✓						
05/08/2024	Manuel Tobar	15029586	✓															✓						
05/08/2024	Juan Bravo	1003655506	✓															-						
05/08/2024	Pedro Murillo	92229029	-															-						
05/08/2024	Yofran Suarez		-															✓						
05/08/2024	Marcelo Contreras	92230677			✓			✓						✓	✓		✓	✓						
09/08/2024	Abraham Rodriguez	1193043839	✓															✓						
10/08/2024	Alberto Parra	1003724578	✓															✓						
10/08/2024	Juan David Ramos	1111111480	✓															✓						
10/08/2024	Julian Ramos	38 38196	✓															✓						
12/08/2024	Luvadith Miranda	1151188615			✓			✓						✓		✓	✓	✓						
12/08/2024	Roberto Agamez	1003655736														✓		✓						
12/08/2024	Daniel Montesinos	1121510504														✓		✓						
12/08/2024	William Hernandez	1067400596														✓		✓						
12/08/2024	Yofran Suarez															✓		✓						
12/08/2024	José Hernandez	8741258														✓		.						
12/08/2024	Heliodoro Prada	88717284												✓	✓	.	✓							
12/08/2024	Daniel Palomino	1080305914		.	✓			.						✓	✓		✓							
12/08/2024	Ever Fuentes	92539319			✓			✓						✓	✓		✓							
12/08/2024	Diego Herrera	15725762			-			✓						✓	✓		✓							

COMPROMISO:
Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CÓDIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88, DECRETO 1295 DE 1994; Art. 22, Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el area de seguridad y salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado del CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE.

RESPONSABLE

Anexo 14 – Registros de Inspecciones de seguridad y cronograma de inspecciones

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	CRONOGRAMA DE INSPECCIONES PLANEADAS	version 1

TIPO DE CRONOGRAMA: INSPECCIONES PLANEADAS **PERIODO CRONOGRAMA:** MENSUAL

OBJETO "CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

ACTIVIDAD/TEMA	FRECUENCIA	RESPONSABLE	JUNIO 2024								JULIO 2024								AGOSTO 2024							
			S1		S2		S3		S4		S1		S2		S3		S4		S1		S2		S3		S4	
			P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
Inspección estado de EPP y dotacion	SEMANAL	Ver letra del responsable marcando la fecha planeada de la inspección: Auxiliar SST A: PROGRAMADA E: EJECUTADA NA- No aplico en actividades del periodo R: Reprogramada											A	E			A	E			A	E			A	E
Inspección de maquinaria	SEMANAL														A	E							A	E		
Inspección de extintores (de campo, oficina y vehículos)	MENSUAL														A	E							A	E		
Inspección de botiquín de primeros auxilios	MENSUAL														A	E							A	E		
Inspección de orden y aseo	SEMANAL										A	E	A	E	A	E	A	E	A	E	A	E	A	E	A	E
Inventario de equipos y herramienta	MENSUAL														A	E							A	E		
Inventario/Inspeccion de sustancias quimicas	MENSUAL														A	E							A	E		
inspeccion/inventario señalizacion	MENSUAL														A	E							A	E		
Inspeccion preoperacional de Maquina	DIARIO-SEMANA										A	E	A	E	A	E	A	E	A	E	A	E	A	E	A	E
Inspeccion preoperacional de compactador manual	DIARIO-SEMANA										A	NA	A	E	A	NA	A	NA	A	E	A	NA	A	NA	A	NA
Inspeccion preoperacional de Motobomba	DIARIO-SEMANA										A	NA	A	NA	A	NA	A	NA	A	NA	A	NA	A	NA	A	NA
Inspeccion preoperacional de Mezcladora de concreto	DIARIO-SEMANA										A	NA	A	E	A	NA	A	NA	A	NA	A	E	A	NA	E	E
Inspeccion preoperacional de pulidora	DIARIO-SEMANA										A	NA	A		A	NA	A	NA	A	E	A	E	A	E	A	E
inspeccion de equipos contracaida	MENSUAL														A	NA							A	NA		
Inspeccion preoperacional cortadora	DIARIO-SEMANA										A	NA	A	NA	A	NA	A	NA	A	NA	A	NA	A	NA	A	NA

ACTIVIDAD/TEMA	FRECUENCIA	RESPONSABLE	SEPTIEMBRE 2024								OCTUBRE 2024								NOVIEMBRE 2024							
			S1		S2		S3		S4		S1		S2		S3		S4		S1		S2		S3		S4	
			P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
Inspección estado de EPP y dotacion	SEMANAL	Ver letra del responsable marcando la fecha planeada de la inspección: Auxiliar SST A: PROGRAMADA E: EJECUTADA NA- No aplico en actividades del periodo R: Reprogramada			A				A				A				A				A				A	
Inspección de maquinaria	SEMANAL						A								A								A			
Inspección de extintores (de campo, oficina y vehículos)	MENSUAL						A								A								A			
Inspección de botiquín de primeros auxilios	MENSUAL						A								A								A			
Inspección de orden y aseo	SEMANAL		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	
Inventario de equipos y herramienta	MENSUAL						A								A								A			
Inventario/Inspeccion de sustancias quimicas	MENSUAL						A								A								A			
inspeccion/inventario señalizacion	MENSUAL						A								A								A			
Inspeccion preoperacional de Maquina	DIARIO-SEMANA		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	
Inspeccion preoperacional de compactador manual	DIARIO-SEMANA		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	
Inspeccion preoperacional de Motobomba	DIARIO-SEMANA		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	
Inspeccion preoperacional de Mezcladora de concreto	DIARIO-SEMANA		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	
Inspeccion preoperacional de pulidora	DIARIO-SEMANA		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	
inspeccion de equipos contracaida	MENSUAL						A								A								A			
Inspeccion preoperacional cortadora	DIARIO-SEMANA		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	

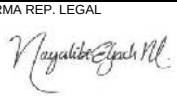
ACTIVIDAD/TEMA	FRECUENCIA	RESPONSABLE	DICIEMBRE 2024								ENERO 2025								FEBRERO 2025							
			S1		S2		S3		S4		S1		S2		S3		S4		S1		S2		S3		S4	
			P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
Inspección estado de EPP y dotacion	SEMANAL	Ver letra del responsable marcando la fecha planeada de la inspección: Auxiliar SST A: PROGRAMADA E: EJECUTADA NA- No aplico en actividades del periodo R: Reprogramada			A				A				A				A				A				A	
Inspección de maquinaria	SEMANAL						A								A								A			
Inspección de extintores (de campo, oficina y vehículos)	MENSUAL						A								A								A			
Inspección de botiquín de primeros auxilios	MENSUAL						A								A								A			
Inspección de orden y aseo	SEMANAL		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	
Inventario de equipos y herramienta	MENSUAL						A								A								A			
Inventario/Inspeccion de sustancias quimicas	MENSUAL						A								A								A			
inspeccion/inventario señalizacion	MENSUAL						A								A								A			
Inspeccion preoperacional de Maquina	DIARIO-SEMANA		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	
Inspeccion preoperacional de compactador manual	DIARIO-SEMANA		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	
Inspeccion preoperacional de Motobomba	DIARIO-SEMANA		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	
Inspeccion preoperacional de Mezcladora de concreto	DIARIO-SEMANA		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	
Inspeccion preoperacional de pulidora	DIARIO-SEMANA		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	
inspeccion de equipos contracaida	MENSUAL						A								A								A			
Inspeccion preoperacional cortadora	DIARIO-SEMANA		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	

ACTIVIDAD/TEMA	FRECUENCIA	RESPONSABLE	MARZO 2025								ABRIL 2025								MAYO 2025							
			S1		S2		S3		S4		S1		S2		S3		S4		S1		S2		S3		S4	
			P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
Inspección estado de EPP y dotacion	SEMANAL	Ver letra del responsable marcando la fecha planeada de la inspección: Auxiliar SST A: PROGRAMADA E: EJECUTADA NA- No aplico en actividades del periodo R: Reprogramada			A				A				A				A				A				A	
Inspección de maquinaria	SEMANAL						A								A								A			
Inspección de extintores (de campo, oficina y vehículos)	MENSUAL						A								A								A			
Inspección de botiquín de primeros auxilios	MENSUAL						A								A								A			
Inspección de orden y aseo	SEMANAL		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	
Inventario de equipos y herramienta	MENSUAL						A								A								A			
Inventario/Inspeccion de sustancias quimicas	MENSUAL						A								A								A			
inspeccion/inventario señalizacion	MENSUAL						A								A								A			
Inspeccion preoperacional de Maquina	DIARIO-SEMANA		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	
Inspeccion preoperacional de compactador manual	DIARIO-SEMANA		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	
Inspeccion preoperacional de Motobomba	DIARIO-SEMANA		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	
Inspeccion preoperacional de Mezcladora de concreto	DIARIO-SEMANA		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	
Inspeccion preoperacional de pulidora	DIARIO-SEMANA		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	
inspeccion de equipos contracaida	MENSUAL						A								A								A			
Inspeccion preoperacional cortadora	DIARIO-SEMANA		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	

ACTIVIDAD/TEMA	FRECUENCIA	RESPONSABLE	JUNIO 2025								JULIO 2025								AGOSTO 2025							
			S1		S2		S3		S4		S1		S2		S3		S4		S1		S2		S3		S4	
			P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
Inspección estado de EPP y dotacion	SEMANAL	Ver letra del responsable marcando la fecha planeada de la inspección: Auxiliar SST A: PROGRAMADA E: EJECUTADA NA- No aplico en actividades del periodo R: Reprogramada			A				A				A				A				A				A	
Inspección de maquinaria	SEMANAL						A								A								A			
Inspección de extintores (de campo, oficina y vehículos)	MENSUAL						A								A								A			
Inspección de botiquín de primeros auxilios	MENSUAL						A								A								A			
Inspección de orden y aseo	SEMANAL		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	
Inventario de equipos y herramienta	MENSUAL						A								A								A			
Inventario/Inspeccion de sustancias quimicas	MENSUAL						A								A								A			
inspeccion/inventario señalizacion	MENSUAL						A								A								A			
Inspeccion preoperacional de Maquina	DIARIO-SEMANA		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	
Inspeccion preoperacional de compactador manual	DIARIO-SEMANA		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	
Inspeccion preoperacional de Motobomba	DIARIO-SEMANA		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	
Inspeccion preoperacional de Mezcladora de concreto	DIARIO-SEMANA		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	
Inspeccion preoperacional de pulidora	DIARIO-SEMANA		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	
inspeccion de equipos contracaida	MENSUAL						A								A								A			
Inspeccion preoperacional cortadora	DIARIO-SEMANA		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	

ACTIVIDAD/TEMA	FRECUENCIA	RESPONSABLE	SEPTIEMBRE 2025								OCTUBRE 2025								NOVIEMBRE 2025							
			S1		S2		S3		S4		S1		S2		S3		S4		S1		S2		S3		S4	
			P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
Inspección estado de EPP y dotacion	SEMANAL	Ver letra del responsable marcando la fecha planeada de la inspección: Auxiliar SST A: PROGRAMADA E: EJECUTADA NA- No aplico en actividades del periodo R: Reprogramada			A				A				A				A				A				A	
Inspección de maquinaria	SEMANAL						A								A								A			
Inspección de extintores (de campo, oficina y vehículos)	MENSUAL						A								A								A			
Inspección de botiquín de primeros auxilios	MENSUAL						A								A								A			
Inspección de orden y aseo	SEMANAL		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	
Inventario de equipos y herramienta	MENSUAL						A								A								A			
Inventario/Inspeccion de sustancias quimicas	MENSUAL						A								A								A			
inspeccion/inventario señalizacion	MENSUAL						A								A								A			
Inspeccion preoperacional de Maquina	DIARIO-SEMANA		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	
Inspeccion preoperacional de compactador manual	DIARIO-SEMANA		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	
Inspeccion preoperacional de Motobomba	DIARIO-SEMANA		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	
Inspeccion preoperacional de Mezcladora de concreto	DIARIO-SEMANA		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	
Inspeccion preoperacional de pulidora	DIARIO-SEMANA		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	
inspeccion de equipos contracaida	MENSUAL						A								A								A			
Inspeccion preoperacional cortadora	DIARIO-SEMANA		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	

ACTIVIDAD/TEMA	FRECUENCIA	RESPONSABLE	DICIEMBRE 2025								ENERO 2026								FEBRERO 2026							
			S1		S2		S3		S4		S1		S2		S3		S4		S1		S2		S3		S4	
			P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
Inspección estado de EPP y dotacion	SEMANAL	Ver letra del responsable marcando la fecha planeada de la inspección: Auxiliar SST A: PROGRAMADA E: EJECUTADA NA- No aplico en actividades del periodo R: Reprogramada			A				A				A				A				A				A	
Inspección de maquinaria	SEMANAL						A								A								A			
Inspección de extintores (de campo, oficina y vehículos)	MENSUAL						A								A								A			
Inspección de botiquín de primeros auxilios	MENSUAL						A								A								A			
Inspección de orden y aseo	SEMANAL		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	
Inventario de equipos y herramienta	MENSUAL						A								A								A			
Inventario/Inspeccion de sustancias quimicas	MENSUAL						A								A								A			
inspeccion/inventario señalizacion	MENSUAL						A								A								A			
Inspeccion preoperacional de Maquina	DIARIO-SEMANA		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	
Inspeccion preoperacional de compactador manual	DIARIO-SEMANA		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	
Inspeccion preoperacional de Motobomba	DIARIO-SEMANA		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	
Inspeccion preoperacional de Mezcladora de concreto	DIARIO-SEMANA		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	
Inspeccion preoperacional de pulidora	DIARIO-SEMANA		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	
inspeccion de equipos contracaida	MENSUAL						A								A								A			
Inspeccion preoperacional cortadora	DIARIO-SEMANA		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A		A	

CONTROL DE DOCUMENTO			
ELABORADO POR:		APROBADO POR:	
FIRMA ESPECIALISTA:		FIRMA REP. LEGAL	
NOMBRE	LUIS EDUARDO SALGADO PADILLA	NOMBRE	NAYALIBE ELJACH MANJARREZ
CARGO	PROFESIONALSST	CARGO	REPRESENTANTE LEGAL

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

REGISTRO PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA PESADA/EQUIPOS.

VERSIÓN 1

Cód: SST-048

TIPO DE MAQUINA/EQUIPO: Retrocargador · MARCA: HYUNDAI

MODELO: 2023 SEMANA DEL: 22/08/24 al 24/08/24 SERIAL: 3120

OBJETO DE CONTRATO

CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	N/A	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
			BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL
ELECTRICO / TABLERO DE CONTROL	Funcionamiento y suspensión de la batería, bornes y cables								✓		✓		✓			
	Indicador de temperatura								✓		✓		✓			
	Indicador de aceite								✓		✓		✓			
	Indicador de batería								✓		✓		✓			
	Indicador de refrigerante								✓		✓		✓			
	Indicador de combustible								✓		✓		✓			
	Indicador de filtro de aire								✓		✓		✓			
	*Horometro								✓		✓		✓			
LUCES	*Frontales de trabajo								✓		✓		✓			
	*Traseras de trabajo (Reflector)								✓		✓		✓			
	Balizas de giro (derecha, izquierda)								✓		✓		✓			
	*Baliza								✓		✓		✓			
HIDRAULICO	*Nivel de aceite del motor (verificar ausencia de fugas)								✓		✓		✓			
	*Nivel de aceite en la transmisión (verificar ausencia de fugas)								✓		✓		✓			
	*Nivel del sistema hidráulico (verificar ausencia de fugas)								✓		✓		✓			
	*Nivel del líquido de refrigerante del sistema de enfriamiento (verificar ausencia de fugas)								✓		✓		✓			
	*Mangueras, tubos, conexiones y racores (verificar ausencia de fugas)								✓		✓		✓			
GENERAL	*Espejo central cóncavo								✓		✓		✓			
	*Espejos laterales								✓		✓		✓			
	*Alarma de retroceso								✓		✓		✓			
	Pito								✓		✓		✓			
	* Freno de servicio								✓		✓		✓			
	* Freno de estacionamiento								✓		✓		✓			
	*Cinturones de seguridad								✓		✓		✓			
	Vidrio Panorámico								✓		✓		✓			
	*Gato para Derrames								✓		✓		✓			
	*Extintor de incendios Capacidad: 10 lbs								✓		✓		✓			
	*Cabina antivuelco (R.O.P.S)								✓		✓		✓			
	Asiento								✓		✓		✓			
	Escalera y apoyos de acceso								✓		✓		✓			
	Llantas buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)								✓		✓		✓			
	Presión de aire de las llantas								✓		✓		✓			
MECANICO	* Servotransmisión								✓		✓		✓			
	* Dirección								✓		✓		✓			
	Estado de pasadores								✓		✓		✓			
	Estado y tensión de las correas								✓		✓		✓			
	Estado de pedales								✓		✓		✓			
	Estado de Crugas (tensionados)		✓								✗					
	Mecanismo de giro y esquialización cardánicas								✓		✓		✓			
	Estado de las Hojas de empuje o Nivelación								✓		✓		✓			
	Mecanismo de giro (Tornamesa)								✓		✓		✓			
	*Bomba Hidráulica								✓		✓		✓			
	Corona de tornamesa en buen estado								✓		✓		✓			
	*Mando de avance								✓		✓		✓			
	* Mando de estacionamiento								✓		✓		✓			
	Estado general desgarrador (balde)								✓		✓		✓			
	*Mandos de levante del brazo								✓		✓		✓			
	Estado de filtro de aire								✓		✓		✓			
	Estado de filtro de combustible								✓		✓		✓			
	Pasadores y tornillos en buen estado								✓		✓		✓			
	* Estado de cilindro (amortiguadores)								✓		✓		✓			
	* Resguardos								✓		✓		✓			
	Ambiles de contrapeso								✓		✓		✓			
	Guayas								✓		✓		✓			
	Estado del basticor								✓		✓		✓			
	Ausencia de ruidos extraños en el motor								✓		✓		✓			
	*Motor sin goteras								✓		✓		✓			
	Escape (Humo de escape)								✓		✓		✓			
	Operador Firma								Dubey		Dubey		Dubey			
	Autorización para uso de Máquina por Ing. Residente Firma															

DIA	OBSERVACIONES
LUNES	
MARTES	
MIERCOLES	
JUEVES	
VIERNES	
SABADO	
DOMINGO	

El mantenimiento de cualquier ítem que presente un incumplimiento en la operación inicial, se deberá reportar con responsabilidad ante el Ingeniero Residente o Director de la Obra, para tomar acción de corrección al respectivo de la máquina y/o equipo, y este documento, las veces que el Supervisor de requerido con el programa de mantenimiento.

CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN

Con el presente declaro, a través de mi firma, que el contratista de turno cumple a cabalidad con todos los requisitos de seguridad y salud en el trabajo para operar la máquina o equipo descrito en el presente formato.

NOTAS: TIPO: Operativo (en condiciones de operación) o No Operativo (fuera de servicio). REFERENCIA: Debe estar registrado el número económico de la Máquina o Vehículo. Ej: PC200. NOMBRE: Apellidos y nombres del Operador de la Máquina. EXPEDIDA: Expedida en la ciudad donde se expidió la cédula de ciudadanía. A.R.L.: Nombre de la Administradora de Riesgos Laborales. BUENO / B: Bueno. MALO / M: Malo.

[Nombre] Stephanny Caray
[Cargo] Auxiliar SST

Vo. Bo. [Nombre] [Cargo] Coordinador SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

REGISTRO PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA PESADA/EQUIPOS.

VERSIÓN 1

Cod. EST-F-86

TIPO DE MAQUINA/EQUIPO: Mini cargador | MARCA: Case

MODELO: 2024 | SEMANA DEL: 20/08/24 al 24/08/24. | SERIAL: JAFSR22CEPM428816

OBJETO DE CONTRATO

CONSTRUCCION, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEMS DE REVISION	N.A	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
			BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL
ELECTRICO - TABLERO DE CONTROL	Funcionamiento y aspecto de la bateria, bornes y cables				✓		✓		✓		✓					
	Indicador de temperatura				✓		✓		✓		✓					
	Indicador de aceite				✓		✓		✓		✓					
	Indicador de bateria				✓		✓		✓		✓					
	Indicador de refrigerante				✓		✓		✓		✓					
	Indicador de combustible				✓		✓		✓		✓					
	Indicador de filtro de aire				✓		✓		✓		✓					
	*Horometro				✓		✓		✓		✓					
LUCES	*Frontales de trabajo	✓														
	*Traseras de trabajo (Reflector)	✓														
	Señales de giro (derecha, izquierda)	✓														
	*Baliza	✓														
HIDRAULICO	*Nivel de aceite del motor (verificar ausencia de fugas)				✓		✓		✓		✓					
	*Nivel de aceite en la transmisión (verificar ausencia de fugas)				✓		✓		✓		✓					
	*Nivel del sistema hidráulico (verificar ausencia de fugas)				✓		✓		✓		✓					
	*Nivel del liquido de refrigerante del sistema de enfriamiento (verificar ausencia de fugas)				✓		✓		✓		✓					
	*Mangueras, tubos , conectores y abrazos (verificar ausencia de fugas)				✓		✓		✓		✓					
GENERAL	*Espejo central convexo	✓			✓		✓		✓		✓					
	*Espejos laterales				✓		✓		✓		✓					
	*Alarma de retroceso				✓		✓		✓		✓					
	*Pito				✓		✓		✓		✓					
	* Freno de servicio				✓		✓		✓		✓					
	* Freno de estacionamiento				✓		✓		✓		✓					
	*Cinturones de seguridad				✓		✓		✓		✓					
	Vidrio Panorámico	✓														
	*Kit para Derrames	✓														
	*Extintor de Incendios Capacidad:			•		✓		✓		✓		✓				
	*Cabina antivuelco (R.O.P.S)				✓		✓		✓		✓					
	Asiento				✓		✓		✓		✓					
	Estructura y apoyos de asiento				✓		✓		✓		✓					
	Llantas buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)				✓		✓		✓		✓					
	Presión de aire de las llantas				✓		✓		✓		✓					
MECANICO	* Servotransmisión				✓		✓		✓		✓					
	* Dirección	✓			✓		✓		✓		✓					
	Estado de pasadores				✓		✓		✓		✓					
	Estado y tensión de las correas				✓		✓		✓		✓					
	Estado de pedales				✓		✓		✓		✓					
	Estado de Cuñas (tentenarias)	✓														
	Mecanismo de giro y acoplacion cuchillas	✓														
	Estado de las Hojas de empuje o Nivelacion	✓														
	Mecanismo de giro (Tornamesa)	✓														
	*Bomba Hidráulica				✓		✓		✓		✓					
	Corona de tornameza en buen estado	✓														
	*Mandos de avance				✓		✓		✓		✓					
	* Mando de estacionamiento				✓		✓		✓		✓					
	Estado general descargador (balde)				✓		✓		✓		✓					
	*Mandos de levante del brazo				✓		✓		✓		✓					
	Estado de filtro de aire				✓		✓		✓		✓					
	Estado de filtro de combustible				✓		✓		✓		✓					
	Pasadores y tornillos en buen estado				✓		✓		✓		✓					
	* Estado de cilindro (amortiguadores)				✓		✓		✓		✓					
	* Rasqueros				✓		✓		✓		✓					
	Andaluz de contrapeso				✓		✓		✓		✓					
	Guardas	✓														
	Estado del basbidor	✓														
	Ausencia de ruidos extraños en el motor				✓		✓		✓		✓					
	*Motor sin grietas				✓		✓		✓		✓					
	Escape (Humo de escape)				✓		✓		✓		✓					
	Operador: Firma															
	Autorización pare uso de Máquina por Ing. Residente: Firma															

DIA	OBSERVACIONES
LUNES	
MARTES	
MIERCOLES	
JUEVES	
VIERNES	
SABADO	
DOMINGO	

(*) Items obligatorios de cumplimiento. (•) Indicar cantidad. (✓) MARCAR la casilla correspondiente.

Para el resto de los ítems que no corresponden a la revisión (✓), se deberá reportar las observaciones encontradas al Maquinista o Residente. Tan pronto se encuentre una falla, se debe informar inmediatamente al responsable de la maquinaria y/o equipo, y este determine los pasos a seguir de acuerdo con el programa de mantenimiento.

CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN

Con el presente registro firmo en prueba de conformidad de cumplimiento, que he verificado por la mañana y al finalizar la jornada laboral, el correcto funcionamiento de los equipos.

NOTA: TIPO: Cargue de combustible, suministro de Grasa o Mantenimiento. | FRECUENCIA: Cada vez que se requiera o según lo indique el Manual de Mantenimiento. | HORARIO: Antes de iniciar la jornada laboral. | TURNO: Diurno / Nocturno

(Firma) Stephanny.
(Nombre)
Auxiliar SST

Vo. Bo. (Firma)
(Nombre)
Coordinador SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

REGISTRO PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA PESADA/EQUIPOS.

VERSION 1

Cod. SST-F-66

TIPO DE MAQUINA/EQUIPO: Retrocargador | MARCA: Cat

MODELO: 2018 | SEMANA DEL: 20/08/24 al 24/08/24 | SERIAL: G4060579

OBJETO DE CONTRATO:

CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	M/A	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
			BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL
ELECTRICO / TABLERO DE CONTROL	Funcionamiento y aspecto de la batería, bornes y cables		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de temperatura		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de aceite		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de batería		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de refrigerante		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de combustible		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de filtro de aire		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Horometro		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
LUCES	*Frontales de trabajo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Traseras de trabajo (Reflector)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Señales de giro (de atras, izquierda)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Baliza		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
HIDRAULICO	*Nivel de aceite del motor (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Nivel de aceite en la transmisión (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Nivel de sistema hidráulico (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Nivel del liquido de refrigerante del sistema de enfriamiento (verificar ausencias de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Mangueras, tuboe , conexiones y retores (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
GENERAL	*Espejo central convexo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Espejos laterales		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Alarma de retroceso		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Pito		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Freno de servicio		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Freno de estacionamiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Cinturones de seguridad		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Vidrio Panoramico		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Kit para Derrames		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Extintor de incendios Capacidad:		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Cabina antivuelco (ROPS)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Asiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Escaleras y apoyos de acceso		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Llantas buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Presión de aire de las llantas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
MECANICO	* Servotransmisión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Dirección		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de pasadores		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado y tensión de las correas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de pedales		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de Orugas (pestañadas)	✓														
	Mecanismo de giro y articulación cuchillas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de las Hojas de empuje o Nivelación		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Mecanismo de giro (Tornamesa)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Bomba hidraulica		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Corona de tornamesa en buen estado		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Mandos de avance		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Mando de estacionamiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado general desgarrador (balde)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Mandos de levante del brazo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de filtro de aire		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de filtro de combustible		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Pasadores y bujillos en buen estado		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Estado de cilindro (amortiguadoras)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Resguardos		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Antideslizantes de contrapeso		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Guardas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado del basador		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Ausencia de ruidos extraños en el motor		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Motor sin grietas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Existe (Humo de escape)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Operador: Firma		X													
	Autorización para uso de Máquina por Ing. Residente: Firma															

DIA	OBSERVACIONES
LUNES	
MARTES	
MIERCOLES	
JUEVES	
VIERNES	
SABADO	
DOMINGO	

* Marque con una X la casilla correspondiente. Si la casilla no aplica marque con una X la casilla N/A.

Para el ítem de Nivel de aceite del motor, si la casilla no aplica marque con una X la casilla N/A. Si se observa fuga de aceite, se debe reportar las observaciones correspondientes al supervisor. Todo colaborador que labore en la Obra, para que ingrese al campamento, parqueadero, y este debidamente identificado, debe estar afiliado a SURA. De acuerdo con el programa de vacunación vigente.

CONDICIÓN DE VERIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN

Señale con una equis (X) la casilla correspondiente a la condición de la máquina o equipo, cada vez que vaya a ser utilizado/a.

NOTA	
	TIPO: Registro de condiciones sub estándar, Reporte de Incidentes.
	RESPONSABLE: Operador según la actividad a ejecutar, Ayudante, Jefe de Bloque o Frentista de la Máquina.
	Ra. RESPONSABLE: Residente de obra, Coordinador SST, Supervisor SST, Inspector de obra, Inspector SST.
	INCIDENTE: Alta probabilidad de lesión en la Máquina.
	CATASTROFICO: Riesgo de muerte o daño a terceros.
	Ma. Probable

PRIMERO: B
MAYOR: M

(Firma)
(Nombre)
Auxiliar SST

Vo. Bo. (Firma)
(Nombre)
Coordinador SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

REGISTRO PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA PESADA/EQUIPOS.

VERSION 1

Cod: SST-F46

TIPO DE MAQUINA/EQUIPO: Minicargador — MARCA: New Holland

MODELO: 2012 — SEMANA DEL: 22/08/24 al 24/08/24 — SERIAL: JAFO1220CCM1155692

OBJETO DE CONTRATO: CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	N/A	LUNES BIEN	LUNES MAL	MARTES BIEN	MARTES MAL	MIERC. BIEN	MIERC. MAL	JUEVES BIEN	JUEVES MAL	VIERNES BIEN	VIERNES MAL	SABADO BIEN	SABADO MAL	DOMINGO BIEN	DOMINGO MAL
ELECTRICO Y PANEL DE CONTROL	Funcionamiento y aspecto de la batería, bornes y cables								✓		✓		✓			
	Indicador de temperatura								✓		✓		✓			
	Indicador de aceite								✓		✓		✓			
	Indicador de voltaje								✓		✓		✓			
	Indicador de refrigerante								✓		✓		✓			
	Indicador de combustible								✓		✓		✓			
	Indicador de filtro de aire								✓		✓		✓			
	*Horometro								✓		✓		✓			
LUCES	*Frontales de trabajo	✓							✓		✓		✓			
	*Traseras de trabajo (Reflector)								✓		✓		✓			
	Señales de giro (derecha, izquierda)								✓		✓		✓			
	*Baliza	✓							✓		✓		✓			
HIDRAULICO	*Nivel de aceite del motor (verificar ausencia de fugas)															
	*Nivel de aceite en la transmisión (verificar ausencia de fugas)								✓		✓		✓			
	*Nivel del sistema hidráulico (verificar ausencia de fugas)								✓		✓		✓			
	*Nivel del líquido de refrigerante del sistema de enfriamiento (verificar ausencia de fugas)								✓		✓		✓			
	*Mangueras, tubos , conexiones y racores (verificar ausencia de fugas)								✓		✓		✓			
GENERAL	*Espejo central cerrado								✓		✓		✓			
	*Espejos laterales	✓							✓		✓		✓			
	*Alarma de retroceso								✓		✓		✓			
	Pito								✓		✓		✓			
	* Freno de servicio								✓		✓		✓			
	* Freno de estacionamiento								✓		✓		✓			
	*Cinturones de seguridad								✓		✓		✓			
	Vidrio Panoramico	✓														
	*Kit para Derrames	✓														
	*Extintor de incendios Capacidad: 5lb															
	*Cabina antivuelco (R.O.P.S)								✓		✓		✓			
	Asiento								✓		✓		✓			
	Escalerillas y apoyos de acceso	✓														
	Llantas buen estado (sin cortes,rajas profundas y sin abultamientos)								✓		✓		✓			
	Presión de aire de las llantas								✓		✓		✓			
MECANICO	* Servotransmisión	✓														
	* Dirección	✓														
	Estado de pasadores								✓		✓		✓			
	Estado y tensión de las correas								✓		✓		✓			
	Estado de pedales								✓		✓		✓			
	Estado de Cruzas (tensionadas)	✓														
	Mecanismo de giro y estabilización cuchillas	✓														
	Estado de las Hojas de arrastre o Nivelación	✓														
	Mecanismo de giro (Tornamesa)	✓														
	*Bomba Hidraulica															
	Correas o tornamesa en buen estado	✓							✓		✓		✓			
	*Mandos de avance															
	* Mando de estacionamiento								✓		✓		✓			
	Estado general desgarrador (balde)								✓		✓		✓			
	*Mandos de levante del brazo								✓		✓		✓			
	Estado de filtro de aire								✓		✓		✓			
	Estado de filtro de combustible								✓		✓		✓			
	Pasadores y bujes en buen estado								✓		✓		✓			
	* Estado de rodillos (engrasadores)	✓														
	* Resguardos	✓														
	Amarres de contrapeso								✓		✓		✓			
	Guardas								✓		✓		✓			
	Estado del bastidor	✓														
	Ausencia de ruidos extraños en el motor								✓		✓		✓			
	*Motor sin golpes								✓		✓		✓			
	Escape (Humo de escape)								✓		✓		✓			

Operador: Firma — Dixon Sebastian Salcedo Diaz S.

Autorización para uso de Máquina por Ing. Residente: Firma

OBSERVACIONES

DIA	
LUNES	
MARTES	
MIERCOLES	
JUEVES	
VIERNES	
SABADO	
DOMINGO	

(*) Items obligatorios de verificación antes de iniciar la jornada laboral

Para el resto de los ítems, puede emplear la convencionalidad en la opción (mal), ej. Adjuntar copia de las observaciones adicionales a Ingeniero Residente Telecomunicaciones de Obra para que sean tenidas en cuenta en el respectivo día de operación de la maquinaria o equipo, y adicionalmente las anotará en el espacio de observaciones con el propósito de mantener un control histórico.

Cualquier novedad o falla en el funcionamiento de la maquinaria o equipo deberá ser reportada inmediatamente al Ingeniero Residente Telecomunicaciones de Obra y/o Supervisor SST.

NOTAS

BUENO: B
MALO: M

(Firma) Stephanny Garay
(Nombre)
Auxiliar SST

Vo. Bo. (Firma)
(Nombre)
Coordinador SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

REGISTRO PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA PESADA/EQUIPOS.

VERSIÓN 1

Cod. SST #46

TIPO DE MAQUINA/EQUIPO: Retroexcavadora — MARCA: Kato

MODELO: 2012 — SEMANA DEL: 12/08/24 al 17/08/24 — SERIAL: KWJ 16E01TB000171

OBJETO DE CONTRATO:

CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	M/A	LUNES		MARTES		MIERCOL		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
			BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL
ELECTRICO - TABLERO DE CONTROL	Funcionamiento y aspecto de la bateria, bornes y Cables		✓		✓		✓		✓		✓					
	Indicador de temperatura		✓		✓		✓		✓		✓					
	Indicador de aceite		✓		✓		✓		✓		✓					
	Indicador de bateria		✓		✓		✓		✓		✓					
	Indicador de refrigerante		✓		✓		✓		✓		✓					
	Indicador de combustible		✓		✓		✓		✓		✓					
	Indicador de filtro de aire		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Horometro		✓		✓		✓		✓		✓					
LUCES	*Frontales de trabajo		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Traseras de trabajo (Reflector)		✓		✓		✓									
	Señales de giro (derecha, izquierda)		✓													
	*Baliza		✓													
HIDRAULICO	*Nivel de aceite del motor (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Nivel de aceite en la transmision (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Nivel de sistema hidráulico (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Nivel del liquido de refrigerante del sistema de refrigerancia (Verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Mangueras, tubos, conexiones y reporte (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓					
GENERAL	*Espejo central (interno)		✓													
	*Espejos laterales		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Alarma de retroceso			✓		✓		✓		✓		✓				
	Pito		✓		✓		✓			✓		✓				
	* Freno de servicio		✓													
	* Freno de estacionamiento		✓		✓		✓		✓							
	*Cinturones de seguridad		✓		✓		✓		✓		✓					
	Vidrio Panorámico		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Kit para Derrames			✓		✓		✓		✓		✓				
	*Extintor de Incendios Capacidad:			✓												
	*Cabina antivuelco (R.O.P.S)		✓		✓		✓		✓		✓					
	Asiento		✓		✓		✓		✓		✓					
	Escaleras y apoyos de acceso		✓		✓		✓		✓		✓					
	Llantas bien estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)		✓													
	Presión de aire de las llantas		✓													
MECANICO	* Servoenfriamiento			✓		✓		✓		✓						
	* Dirección		✓		✓		✓		✓		✓					
	Estado de pasadores		✓		✓		✓		✓		✓					
	Estado y tensión de las correas		✓		✓		✓		✓		✓					
	Estado de pedales		✓		✓		✓		✓		✓					
	Estado de Orugas (tensionadas)		✓		✓		✓		✓		✓					
	Mecanismo de alerta y especializador cornetas		✓													
	Estado de las Hojas de empuje o Nivelacion		✓													
	Mecanismo de giro (Tornamesa)		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Bomba Hidráulica		✓		✓		✓		✓		✓					
	Cornos de fornamenza en buen estado		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Mando de cuerpo		✓		✓		✓		✓		✓					
	* Mando de estacionamiento		✓		✓		✓		✓		✓					
	Estado general cangilon (balde)		✓													
	*Mando de levante del brazo		✓		✓		✓		✓		✓					
	Estado de filtro de aire		✓		✓		✓		✓		✓					
	Estado de filtro de combustible		✓		✓		✓		✓		✓					
	Pasadores y bujes en buen estado		✓		✓		✓		✓		✓					
	* Estado de dientes (amortiguadores)		✓													
	* Resguardos		✓													
	Articulos de contrapeso		✓		✓		✓		✓		✓					
	Guardas		✓		✓		✓		✓		✓					
	Estado del bastidor		✓		✓		✓		✓		✓					
	Ausencia de ruidos extraños en el motor		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Motor sin aletas		✓		✓		✓		✓		✓					
	Escape (Humo de escape)		✓		✓		✓		✓		✓					
	Operador: Firma															
	Autorización para uso de Máquina por Ing. Residente: Firma															

DIA	OBSERVACIONES
LUNES	
MARTES	
MIERCOLES	
JUEVES	
VIERNES	
SABADO	
DOMINGO	

*Diligenciamiento obligatorio de los ítems (*) durante la ejecución de la obra.

Para el caso de los ítems con la calificación mala se debe dejar las observaciones respectivas en el registro. Recuerde: Toda novedad que se presente en la obra, para ser valida tiene que ser informada al residente de obra en el momento de presentarse, y debe quedar en las observaciones del registro de novedades del proyecto.

CRITERIOS DE VERIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN

Cualquier anomalía reportada durante la inspección visual, se deberá reportar las observaciones respectivas en el registro. Recuerde: Toda novedad que se presente en la obra, para ser valida tiene que ser informada al residente de obra en el momento de presentarse, y debe quedar en las observaciones del registro de novedades del proyecto.

BUENO	Buena condición para operación y buen desempeño de la Máquina.
CORRECCIÓN	Clasificación cuando la inspección evidencia deficiencia menor que no afecta la operación de la Máquina.
RE-REVISIÓN	Clasificación cuando se evidencia deficiencias mayores que afectan el desempeño de la Máquina.

NOVEDAD: Ante la ocurrencia de la falla.
CAPACIDAD: Capacidad operativa de la máquina.
BUENO: B
MALO: M

(Firma)
(Nombre)
Auxiliar SST

Vo. Bo. (Firma)
(Nombre)
Coordinador SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

REGISTRO PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA PESADA/EQUIPOS.

VERSION 1

Cod: SST-F48

TIPO DE MAQUINA/EQUIPO: Retro Cargador — MARCA: Cat

MODELO: 208 — SEMANA DEL: 12/08/24 al 17/08/24 — SERIAL: CAT0208TPD6O5779

OBJETO DE CONTRATO: CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FUO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	N/A	LUNES BIEN	LUNES MAL	MARTES BIEN	MARTES MAL	MIERC. BIEN	MIERC. MAL	JUEVES BIEN	JUEVES MAL	VIERNES BIEN	VIERNES MAL	SABADO BIEN	SABADO MAL	DOMINGO BIEN	DOMINGO MAL
ELECTRICO Y TABLERO DE CONTROL	Encendimiento y aspecto de la bateria, bornes y cables		✓		✓		✓		✓		✓					
	Indicador de temperatura		✓		✓		✓		✓		✓					
	Indicador de aceite		✓		✓		✓		✓		✓					
	Indicador de bateria		✓		✓		✓		✓		✓					
	Indicador de refrigerante		✓		✓		✓		✓		✓					
	Indicador de combustible		✓		✓		✓		✓		✓					
	Indicador de filtro de aire		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Horometro		✓		✓		✓		✓		✓					
LUCES	*Faros de trabajo		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Faseros de trabajo (Reflector)		✓		✓		✓		✓		✓					
	Señales de giro (derecha, Izquierda)		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Baliza		✓		✓		✓		✓		✓					
HIDRAULICO	*Nivel de aceite del motor (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Nivel de aceite en la transmisión (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Nivel del sistema hidráulico (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓					
	Nivel del liquido de refrigerante del sistema de refrigeración (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Mangueras, tubos , conexiones y reactor (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓					
GENERAL	*Espejo central convexo		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Espejos laterales		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Alarma de retroceso		✓		✓		✓		✓		✓					
	Pito		✓		✓		✓		✓		✓					
	* Freno de servicio		✓		✓		✓		✓		✓					
	* Freno de estacionamiento		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Cinturones de seguridad		✓		✓		✓		✓		✓					
	Visión Panoramica		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Kit para Derrames		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Extintor de incendios Capacidad: 10 lbs.		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Cabina antivuelco (R.O.P.S)		✓		✓		✓		✓		✓					
	Asiento		✓		✓		✓		✓		✓					
	Escalerilla y apoyos de acceso		✓		✓		✓		✓		✓					
	Llantas buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)		✓		✓		✓		✓		✓					
MECANICO	Presión de aire de las llantas		✓		✓		✓		✓		✓					
	* Servotransmisión		✓		✓		✓		✓		✓					
	* Dirección		✓		✓		✓		✓		✓					
	Estado de pasadores		✓		✓		✓		✓		✓					
	Estado y tensión de las correas		✓		✓		✓		✓		✓					
	Estado de pedales		✓		✓		✓		✓		✓					
	Estado de Cruzas (lenguetadas)		✓		✓		✓		✓		✓					
	Mecanismo de giro y esquinización cuchillas		✓		✓		✓		✓		✓					
	Estado de las hojas de empuje o Nivelación		✓		✓		✓		✓		✓					
	Mecanismo de giro (Tornamesa)		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Bomba Hidraulica		✓		✓		✓		✓		✓					
	Corona de tornamesa en buen estado		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Mandos de avance		✓		✓		✓		✓		✓					
	* Mando de estacionamiento		✓		✓		✓		✓		✓					
	Estado general desgastes (balde)		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Mandos de levanta del brazo		✓		✓		✓		✓		✓					
	Estado de filtro de aire		✓		✓		✓		✓		✓					
	Estado de filtro de combustible		✓		✓		✓		✓		✓					
	Pasadores y tornillos en buen estado		✓		✓		✓		✓		✓					
	* Estado de cilindro (empaquetaduras)		✓		✓		✓		✓		✓					
	* Mangueras		✓		✓		✓		✓		✓					
	Anclajes de cerramiento		✓		✓		✓		✓		✓					
	Guardas		✓		✓		✓		✓		✓					
	Estado del basidor		✓		✓		✓		✓		✓					
	Ausencia de ruidos naturales en el motor		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Motor sin grietas		✓		✓		✓		✓		✓					
	Exosto (Humo de escape)		✓		✓		✓		✓		✓					
	Operador: Firma															
	Autorización para uso de Máquina por Ing. Residente: Firma															

DIA	OBSERVACIONES
LUNES	
MARTES	
MIERCOLES	
JUEVES	
VIERNES	
SABADO	
DOMINGO	

Si usted identifica alguna falla en la maquina o equipo, informelo inmediatamente a su jefe inmediato.

Cada elemento de la lista que se encuentre en mal estado o no funcione debe ser reportado inmediatamente al Ingeniero Residente Técnico Inspector de la Obra para que ordene la suspensión del respectivo equipo, y hasta tanto no sea subsanada la falla no podrá ser utilizado.

CONSTANCIA DE INFORMACIÓN Y CAPACITACIÓN

Con el presente registro se informa al trabajador sobre los riesgos, medidas de prevención y control asociadas a la actividad a realizar, así como los elementos de protección personal requeridos para la misma.

NOTAS:

TIPO: Corresponde a la clasificación que define la función de la alarma.

AUDITIVA: Identificación según la capacidad auditiva de una persona para oír la alarma, diferenciarla de la frecuencia de la misma.

VISUAL: Identificación según la capacidad visual de una persona para ver la alarma, diferenciarla de la frecuencia de la misma.

MODELO: Año de fabricación de la máquina.

CAPACIDAD: Capacidad máxima en kg, ton, galones o litros que puede cargar.

N/A: No aplica

REGISTRO DE MAL FUNCIONAMIENTO

Firma: Stephanny Cavero
Nombre:
Auxiliar SST

Vo. Bo.
Firma:
Nombre:
Coordinador SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

REGISTRO PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA PESADA/EQUIPOS.

VERSION 1

Cod: SST-HS

TIPO DE MAQUINA/EQUIPO: Retroexcavadora — MARCA: Kato

MODELO: 2012. — SEMANA DEL: 05/08/24. al 10/08/24. — SERIAL: KWJ16EO1TB0001171.

OBJETO DE CONTRATO: CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACION DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	N/A	LUNES BIEN	LUNES MAL	MARTES BIEN	MARTES MAL	MIERC. BIEN	MIERC. MAL	JUEVES BIEN	JUEVES MAL	VIERNES BIEN	VIERNES MAL	SABADO BIEN	SABADO MAL	DOMINGO BIEN	DOMINGO MAL
ELECTRICO Y TABLERO DE CONTROL	Funcionamiento y aspecto de la batería, bornes y cables		✓		✓		/		✓							
	Indicador de temperatura		✓		✓		/		✓							
	Indicador de aceite		✓		✓		/		✓							
	Indicador de batería		✓		✓		/		✓							
	Indicador de refrigerante		✓		✓		/		✓							
	Indicador de combustible		✓		✓		/		✓							
	Indicador de filtro de aire		✓		✓		/		✓							
	*Horometro		✓		✓		/		✓							
LUCES	*Frontales de trabajo		✓		✓		/		✓							
	*Traseras de trabajo (Reflector)		✓		✓		/		✓							
	Señales de giro (derecha, izquierda)		✓		✓		/		✓							
	*Bocina		✓		✓		/		✓							
HIDRAULICO	*Nivel de aceite del motor (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		/		✓							
	*Nivel de aceite en la transmisión (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		/		✓							
	*Nivel de sistema hidráulico (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		/		✓							
	*Nivel de liquido de refrigerante del sistema de enfriamiento (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		/		✓							
	*Mangueras, tubos , conexiones y retenes (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		/		✓							
GENERAL	*Espejo (ambos costados)		✓		✓		/		✓							
	*Espejos laterales		✓		✓		/		✓							
	*Alarma de retroceso		✓		✓		/		✓							
	Pito		✓		✓		/		✓							
	* Freno de servicio		✓		✓		/		✓							
	* Freno de estacionamiento		✓		✓		/		✓							
	*Cinturones de seguridad		✓		✓		/		✓							
	Vidrio Panorámico		✓		✓		/		✓							
	*Kit para Derrames		✓		✓		/		✓							
	*Extintor de incendios Capacidad:		✓		✓		/		✓							
	*Cabina antivuelco (ROPS)		✓		✓		/		✓							
	Aplanto		✓		✓		/		✓							
	Escaleras y apoyos de acceso		✓		✓		/		✓							
	Llantas bien estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)		✓		✓		/		✓							
	Presion de aire de las llantas		✓		✓		/		✓							
MECANICO	* Servoenergimiviel		✓		✓		/		✓							
	* Dirección		✓		✓		/		✓							
	Estado de pasadores		✓		✓		/		✓							
	Estado y tensión de las correas		✓		✓		/		✓							
	Estado de pedales		✓		✓		/		✓							
	Estado de Orings (sellos)		✓		✓		/		✓							
	Mecanismo de giro y escalación cuchillas		✓		✓		/		✓							
	Estado de las hojas de empuje o Nivelación		✓		✓		/		✓							
	Mecanismo de giro (Tornamesa)		✓		✓		/		✓							
	*Bomba Hidráulica		✓		✓		/		✓							
	Cambio de herramienta en buen estado		✓		✓		/		✓							
	*Mandos de avance		✓		✓		/		✓							
	* Mando de estacionamiento		✓		✓		/		✓							
	Estado general desgarrador (balde)		✓		✓		/		✓							
	*Mandos de levante del brazo		✓		✓		/		✓							
	Estado de filtro de aire		✓		✓		/		✓							
	Estado de filtro de combustible		✓		✓		/		✓							
	Pasadores y bujes en buen estado		✓		✓		/		✓							
	* Estado de cilindro (amortiguadores)		✓		✓		/		✓							
	* Resguardos		✓		✓		/		✓							
	Articulos de contracion		✓		✓		/		✓							
	Guardas		✓		✓		/		✓							
	Estado del casco		✓		✓		/		✓							
	Ausencia de ruidos extraños en el motor		✓		✓		/		✓							
	*Visor sin grietas		✓		✓		/		✓							
	Escape (Humo de escape)		✓		✓		/		✓							

Operador: Firma

Autorización para uso de Máquina por Ing. Residente: Firma

DIA	OBSERVACIONES
LUNES	Retiro.
MARTES	
MIERCOLES	
JUEVES	
VIERNES	
SABADO	
DOMINGO	

El incumplimiento de cualquiera de los ítems (*) implica el retiro inmediato para reparar.

Para el mantenimiento ítems que se encuentren seleccionados en la opción (mal), se deberá reportar las observaciones encontradas al Ingeniero Residente. Cualquier anormalidad de la Obra, falta mal estado, bien, cualquiera al responsable de la maquina para [illegible] y dejar constancia las acciones a seguir de acuerdo con el programa de mantenimiento

CONFORMIDAD DE VERIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN

Conforme lo siguiente [illegible] y cumplimiento de los ítems de acuerdo a lo establecido en el Protocolo, cumple a satisfacción según lo establecido en la ficha técnica.

NOTAS:

TIPO: Corresponde a mantenimiento por parte de la Mutual de la Máquina.

REFERENCIA: Capacitación a la persona encargada de la Máquina.

No. INTERNO: Identificación interna de la Máquina, asignada por Mutual.

MARCA: Marca de fabricación de la Máquina.

CAPACIDAD: Capacidad máxima en No. de pasajeros según ficha técnica.

SAE: No aplica

BUENO: B
MALO: M

(Firma)
(Nombre)
Auxiliar SST

Vo. Bo. (Firma)
(Nombre)
Coordinador SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

REGISTRO PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA PESADA/EQUIPOS.

VERSION 1

Cod: MET-F46

TIPO DE MAQUINA/EQUIPO: Retrocargador | MARCA: Cat

MODELO: 2018 | SEMANA DEL: 05/08/24 - 10/08/24 | SERIAL: 64D60579

OBJETO DE CONTRATO:

CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	MA	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
			BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL
ELECTRICO / TABLERO DE CONTROL	Funcionamiento y aspecto de la batería, bornes y cables		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de temperatura		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de aceite		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de batería		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de refrigerante		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de combustible		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de filtro de aire		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Horometro		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
LUCES	*Frontales de trabajo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Traseras de trabajo (Reflector)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Bombillas de pito (derecha, izquierda)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Guaya		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
HIDRAULICO	*Nivel de aceite del motor (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Nivel de aceite en la transmisión (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Nivel del sistema hidráulica (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Nivel del líquido de refrigerante del sistema de enfriamiento (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Mangueras, tubos , conexiones y reapiros (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
GENERAL	*Espejo central convexo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Espejos laterales		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Alarma de retroceso		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Pito		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Freno de servicio		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Freno de estacionamiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Cinturones de seguridad		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Vidrio Panorámico		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Kit para Derrames		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Extintor de incendios Capacidad: 10 lbs		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Cabina de Seguridad (R.O.P.S)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Asiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Espejuelos y apoyos de acceso		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Llantas (Buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Presión de aire de las llantas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
MECANICO	* Servotransmisión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Dirección		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de pasadores		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado y tensión de las cadenas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de pedales		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de Orugas (Rendimiento)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Mecanismo de giro y estabilización cuchillas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de las Hojas de empuje o Nivelación		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Mecanismo de giro (Tornamesa)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Bomba Hidráulica		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Cambio de tornamesa en buen estado		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Mandos de avance		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Mando de estacionamiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado general cargador (balde)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Mandos de levante del brazo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de filtro de aire		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de filtro de combustible		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Pasadores y bombillos en buen estado		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Estado de cilindro (amortiguadores)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Respaldos		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Anclajes de contrapeso		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Guayas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado del hastillar		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Ausencia de ruidos extraños en el motor		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Motor sin grietas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Escape (Humo de escape)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Operador	Firma														
	Autorización para uso de Máquina por Ing. Residente	Firma														

DIA	OBSERVACIONES
LUNES	
MARTES	
MIERCOLES	
JUEVES	
VIERNES	
SABADO	
DOMINGO	

CONSTANCIA DE VERIFICACION Y NOTIFICACION

NOTAS:

Stephanny.

[Firma] [Nombre] Auxiliar SST

Vo. Bo. [Firma] [Nombre] Coordinador SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

REGISTRO PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA PESADA/EQUIPOS.

VERSION 1

Cod: HST-F-46

TIPO DE MAQUINA/EQUIPO: Retro Excavadora MARCA: Kato

MODELO: 2012 SEMANA DEL: 29/08/24 al 03/08/24 SERIAL: KWJ1E011TBB001171

OBJETO DE CONTRATO

CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	N/A	LUNES BIEN	LUNES MAL	MARTES BIEN	MARTES MAL	MIERC. BIEN	MIERC. MAL	JUEVES BIEN	JUEVES MAL	VIERNES BIEN	VIERNES MAL	SABADO BIEN	SABADO MAL	DOMINGO BIEN	DOMINGO MAL
EL TRONCO Y TABLERO DE CONTROL	Funcionamiento y aspecto de la bateria, bornes y cables		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de temperatura		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de aceite		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de bateria		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de refrigerante		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de combustible		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de filtro de aire		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Horometro		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
LUCES	*Faros de trabajo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Balizas de trabajo (Rotativo)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Señales de giro (derecha, izquierda)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Bocina		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
HIDRAULICO	*Nivel de aceite del motor (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Nivel de aceite en la transmisión (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Nivel del sistema hidráulico (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Nivel del liquido de enfriamiento del sistema de enfriamiento (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Mangueras, tubos , conexiones y ragoras (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
GENERAL	*Estado general cerrado		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Espejos laterales		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Alarma de retroceso		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Pito		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Freno de servicio		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Freno de estacionamiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Cinturones de seguridad		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Visio Panoramico		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Kit para Derrames		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Extintor de 10 cendios Capacidad:			✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	*Cabina antivuelco (R.O.P.S)			✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Asiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estabilizadores y apoyos de asiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Llantas buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Presión de aire de las llantas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
ARE ANICO	* Servotransmisión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Dirección		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de pasadores		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado y tensión de las correas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de pedales		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de Orugas (tensionadas)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Mecanismo de giro y esquatización cuerillas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de las Hojas de empuje o Nivelacion		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Mecanismo de giro (tornamesa)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Bomba Hidráulica		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Cargas de herramaza en buen estado		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Mangos de avance		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Mando de estacionamiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado cangrel descargador (balde)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Mandos de levante cel brazo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de filtro de aire		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de filtro de combustible		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Pasadores y bombas en buen estado		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Estado de cilindro (sin estiquadores)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Resguardos		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Anclajes de cuerpoza		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Guardas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado del basador		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Ausencia de fugas notorias en el motor		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Motor sin grietas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Escape (Humo de escape)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Operador Firma:															
	Autorización para uso de Máquina por Ing. Residente Firma:															

DIA	OBSERVACIONES
LUNES	
MARTES	
MIERCOLES	
JUEVES	
VIERNES	
SABADO	
DOMINGO	

(*) Indica elementos de verificación de tipo visual (*) Indica: El mecanismo para operar

Para el fuera de los ítems que no cumplan el colaborador debe reportar las observaciones encontradas al Ingeniero Residente y consecuentemente de la Obra para que ordene las respectivas reparaciones al respecto y de la maquinaria y/o equipo. Y solo determine las posibles fallas de acuerdo con el programa de mantenimiento.

CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN Y ACEPTACIÓN

Constancia indicado hemos procedido a dar garantía a la constancia de la misma se encuentra en condiciones normales y conforme al Plan de Calidad y cumplimiento Ambiental y de Seguridad.

NOTAS

*PE: Ingeniero de Mantenimiento, coordinador de Obras de Maquina.
*RESPONSABLE: Capacitación según la actividad o mantenimiento. Cabo para Mantenimiento de Maquinas.
*RESPONSABLE: Identificación sobre problemas en las Máquinas, encargado del Proyecto.

*RIESGO: Arte de Operación de la Máquina.
*CAPACIDAD: Capacidad asumida en los desarrollos o cargas transportadas.
*N/A: No aplica

BUENO: B
MALO: M

(Firma) Stephanny Suray
(Nombre)
Auxiliar SST

Vo. Bo. (Firma)
(Nombre)
Coord Residente SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

REGISTRO PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA PESADA/EQUIPOS.

VERSION 1

Cod: SST-F40

TIPO DE MAQUINA/EQUIPO: Minicargador | MARCA: New Holland

MODELO: 2012 | SEMANA Del: 31/07/24 al 03/08/24 | SERIAL: JAFOL220LCM455692

OBJETO DE CONTRATO:

CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	N/A	LUNES BIEN	LUNES MAL	MARTES BIEN	MARTES MAL	MIERC. BIEN	MIERC. MAL	JUEVES BIEN	JUEVES MAL	VIERNES BIEN	VIERNES MAL	SABADO BIEN	SABADO MAL	DOMINGO BIEN	DOMINGO MAL
ELECTRICO / TABLERO DE CONTROL	Funcionamiento y aspecto de la bateria, bornes y cables		✓		✓											
	Indicador de temperatura		✓		✓											
	Indicador de aceite		✓		✓											
	Indicador de bateria		✓		✓											
	Indicador de refrigerante		✓		✓											
	Indicador de combustible		✓		✓											
	Indicador de filtro de aire		✓		✓											
	*Horometro		✓		✓											
LUCES	*Frontales de trabajo	✓														
	*Traseras de trabajo (Reflectiva)		✓													
	Señales de giro (derecha, izquierda)			✓	✓											
	*Baliza	✓		✓												
HIDRAULICO	*Nivel de aceite del motor (verificar ausencia de fugas)		✓		✓											
	*Nivel de aceite en la transmisión (Verificar ausencia de fugas)		✓		✓											
	*Nivel del sistema hidráulico (verificar ausencia de fugas)		✓		✓											
	*Nivel del liquido refrigerante del sistema de enfriamiento (verificar ausencia de fugas)		✓		✓											
	*Mangueras, tubos , conexiones y mordas (Verificar ausencia de fugas)		✓		✓											
GENERAL	*Espejo central convexo	✓														
	*Espejos laterales	✓														
	*Alarma de retroceso			✓		✓										
	Pito		✓		✓											
	* Freno de servicio		✓		✓											
	* Freno de estacionamiento		✓		✓											
	*Cinturones de seguridad		✓		✓											
	Vidrio Panorámico	✓														
	*Kit para Derrames	✓														
	*Extintor de incendios Capacidad: 5lbs		✓		✓											
	*Cabina antivuelco (R.O.P.S)		✓		✓											
	Asiento	✓														
	Espejuelos y apoyos de acceso		✓		✓											
	Llantas buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)		✓		✓											
	Presión de aire de las llantas		✓		✓											
MECANICO	* Servotransmisión	✓														
	* Dirección	✓														
	Estado de pasadores		✓		✓											
	Estado y tensión de las correas		✓		✓											
	Estado de pedales		✓		✓											
	Estado de Chupas (Tensionadas)	✓														
	Mecanismo de giro y estabilización cuchillas	✓														
	Estado de las Hojas de empuje o Nivelación	✓														
	Mecanismo de giro (Torrecilla)	✓														
	*Bomba Hidráulica		✓		✓											
	Correas de tornamesa en buen estado	✓														
	*Mandos de avance		✓		✓											
	* Mando de estacionamiento		✓		✓											
	Estado general desgarrador (balde)		✓		✓											
	*Mandos de levante cal hroza		✓		✓											
	Estado de filtro de aire		✓		✓											
	Estado de filtro de Combustible		✓		✓											
	Pasadores y tornillos en buen estado		✓		✓											
	* Estado de dilindro (amortiguadores)	✓														
	* Resguardos	✓														
	Alojados de contrapeso		✓		✓											
	Guardas		✓		✓											
	Estado del basidor	✓														
	Ausencia de ruidos extraños en el motor		✓		✓											
	*Motor de arranque		✓		✓											
	Escape (Humo de escape)		✓		✓											
	Operador: Firma		Dung&l		Dung&l											
	Autorización para uso de Maquina por Ing. Residente: Firma															

DIA	OBSERVACIONES
LUNES	
MARTES	
MIERCOLES	
JUEVES	
VIERNES	
SABADO	
DOMINGO	

(*) Inconveniente. (✓) Condiciones óptimas para operar. (✗) Inhabilita para operar.

Para el ítem de los frenos que se encuentren en condiciones no aptas (mal), se deberá reportar las observaciones encontradas al Ingeniero Residente Técnico Interventor de la Obra, para que inicie los procedimientos de responsabilidad a que haya lugar y sea inhabilitado el equipo hasta que se realicen los correctivos y sea Aprobado por escrito el Jefe de Mantenimiento del Consorcio para el programa de mantenimiento.

CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN

Con el presente registro declaro bajo gravedad de juramento, que la información que he suministrado es real, verificable y corresponde a la verdad. Cualquier inconsistencia será causal de sanción.

NOTAS

TPC: Cuando el mantenimiento sea dictado por el fabricante.
REFUERZO: Cuando se agote la capacidad o modificaciones dadas por la vida útil propuesta de la Maquinaria.
No POSEE: Identificación para el mantenimiento de Máquinas, elementos o Equipos.

NOMBRE: Ana M. Almanza de la Maquina
CARGO/ROL: Operador de maquinaria pesada, Encargado de cargar y descargar
V.B.: Vo.Bo

(Firma)
(Nombre)
Auxiliar SST

Vo. Bo (Firma)
(Nombre)
Coordinador SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

REGISTRO PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA PESADA/EQUIPOS.

VERSIÓN 1

Cod. SST-F45

TIPO DE MAQUINA/EQUIPO: Retrocargador MARCA: Cat.

MODELO: 2018 SEMANA DEL: 29/07/24 - 03/08/24 SERIAL: CAT D6057Y.

OBJETO DE CONTRATO:

CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	BIA	LUNES		MARTES		MIERC.		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
			BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL	BIEN	MAL
ELECTRICO / TABLERO DE CONTROL	Funcionamiento y espacio de la bateria, bornes y cables		✓		✓		✓		✓		✓					
	Indicador de temperatura		✓		✓		✓		✓		✓					
	Indicador de aceite		✓		✓		✓		✓		✓					
	Indicador de bateria		✓		✓		✓		✓		✓					
	Indicador de refrigerante		✓		✓		✓		✓		✓					
	Indicador de combustible		✓		✓		✓		✓		✓					
	Indicador de filtro de aire		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Horometro		✓		✓		✓		✓		✓					
LUCES	*Frontales de trabajo		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Traseras de trabajo (Reflector)		✓		✓		✓		✓		✓					
	Balizas de giro (derecha, izquierda)		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Bocina		✓		✓		✓		✓		✓					
HIDRAULICO	*Nivel de aceite del motor (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Nivel de aceite en la transmision (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Nivel del sistema hidraulico (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓					
	Nivel del liquido de refrigerante del sistema de enfriamiento (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Mangueras, tubos , conexiones y resortes (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓					
GENERAL	*Espejo central convex		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Espejos laterales		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Alarma de retroceso		✓		✓		✓		✓		✓					
	Pito		✓		✓		✓		✓		✓					
	* Freno de servicio		✓		✓		✓		✓		✓					
	* Freno de estacionamiento		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Cinturones de seguridad		✓		✓		✓		✓		✓					
	Vidrio Panoramico		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Kit para Derrames		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Extintor de Incendios Capacidad:		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Cabina antivuelco (R.O.P.S)		✓		✓		✓		✓		✓					
	Asiento		✓		✓		✓		✓		✓					
	Escalerilla y apoyos de acceso		✓		✓		✓		✓		✓					
	Llantas buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)		✓		✓		✓		✓		✓					
	Presión de aire de las llantas		✓		✓		✓		✓		✓					
ACCESORIO	* Servotransmisión		✓		✓		✓		✓		✓					
	* Dirección		✓		✓		✓		✓		✓					
	Estado de pasadores		✓		✓		✓		✓		✓					
	Estado y tensión de las correas		✓		✓		✓		✓		✓					
	Estado de pedales		✓		✓		✓		✓		✓					
	Estado de Orugas (tensionadas)		✓		✓		✓		✓		✓					
	Mecanismo de giro y especialización cuchillas		✓		✓		✓		✓		✓					
	Estado de las Hojas de empuje o Nivelacion		✓		✓		✓		✓		✓					
	Mecanismo de giro (cremallera)		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Bomba Hidraulica		✓		✓		✓		✓		✓					
	Corona de tensionamiento en buen estado		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Mandos de avance		✓		✓		✓		✓		✓					
	* Manija de estacionamiento		✓		✓		✓		✓		✓					
	Estado general desgarrador (bulla)		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Mandos de levante del brazo		✓		✓		✓		✓		✓					
	Estado de filtro de aire		✓		✓		✓		✓		✓					
	Estado de filtro de combustible		✓		✓		✓		✓		✓					
	Pasadores y bonillos en buen estado		✓		✓		✓		✓		✓					
	* Estado de cilindro (Amortiguadores)		✓		✓		✓		✓		✓					
	* Resguardos		✓		✓		✓		✓		✓					
	Andojos de cortamonte		✓		✓		✓		✓		✓					
	Guardas		✓		✓		✓		✓		✓					
	Estado del bastidor		✓		✓		✓		✓		✓					
	Ausencia de ruidos extraños en el motor		✓		✓		✓		✓		✓					
	*Motor sin grietas		✓		✓		✓		✓		✓					
	Escape (Humo de escape)		✓		✓		✓		✓		✓					
	Operador: Firma															
	Autorización para uso de Maquina por Ing. Residente: Firma		Luis P.		Luis P.		Luis P.		Luis P.		Luis P.		Luis P.			

DIA	OBSERVACIONES
LUNES	
MARTES	
MIERCOLES	
JUEVES	
VIERNES	
SABADO	
DOMINGO	

El incumplimiento de los deberes y responsabilidades establecidas en el reglamento interno de trabajo, en el contrato de trabajo o en cualquier norma interna del Consorcio CMO Hospital Sucre, podrá dar lugar a llamados de atención, suspensiones y hasta la terminación del contrato de trabajo por justa causa.

Yo, el abajo firmante, declaro que he leído el presente documento y he comprendido el contenido del mismo. Entiendo que es mi responsabilidad reportar cualquier falla o condición insegura que pueda afectar la seguridad de la operación. Acepto mi responsabilidad de cumplir con las políticas y procedimientos establecidos por el Consorcio CMO Hospital Sucre y entiendo que el incumplimiento de estos puede resultar en acciones disciplinarias.

Con el propósito de llevar un control de las horas de uso de la maquinaria, se le solicita muy comedidamente diligenciar el presente formato de forma diaria, al finalizar su jornada laboral.

NOTAS:

TIPO: Deberá ser propio o tener un contrato vigente de alquiler.
APROBADO: Cumplir con todas las especificaciones técnicas dadas por la Marca o Fabricante de la Maquina.
No. INTERNO: Identificación proporcionada por las Maquinas, modelos de Proveedor.

MODELO: Año de fabricación y/o Chasis.
CAPACIDAD: Especificación técnica de la maquina.
N/A: No aplica

SUBIENDO DE MAL/DIA

(Firma): Stephanny Garay
(Nombre):
Auxiliar SST

Vo. Bo. (Firma):
(Nombre):
Coordinador SST

CONSORCIO CMO
HOSPITAL SUCRE

REGISTRO PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA PESADA/EQUIPOS.

VERSION 1

Cod: 0314-[illegible]

TIPO DE MAQUINA/EQUIPO: Retro Excavadora — MARCA: Kato.

MODELO: 2012 — SEMANA DEL: 22/07/24 al 26/07/24 — SERIAL: KMJ16E01TB0001471

OBJETO DE CONTRATO:

CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	N.A	LUNES BIEN	LUNES MAL	MARTES BIEN	MARTES MAL	MIERC. BIEN	MIERC. MAL	JUEVES BIEN	JUEVES MAL	VIERNES BIEN	VIERNES MAL	SABADO BIEN	SABADO MAL	DOMINGO BIEN	DOMINGO MAL
ELECTRICO / TABLERO DE CONTROL	Funcionamiento y aspecto de la bateria, fusibles y cables		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de temperatura		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de aceite		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de bateria		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de refrigerante		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de combustible		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de filtro de aire		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Horometro		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
LUCES	*Frontales de trabajo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Traseras de trabajo (Reflector)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Señales de giro (derecha, izquierda)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Baliza		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
HIDRAULICO	*Nivel de aceite del motor (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Nivel de aceite en la transmisión (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Nivel del sistema hidráulico (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Nivel del liquido de refrigerante del sistema de enfriamiento (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Mangueras, tubos, conexiones y racores (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
GENERAL	*Espejo central convexo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Espejos laterales		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Alarma de retroceso		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Pito		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Freno de servicio		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Freno de estacionamiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Cinturones de seguridad		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Vidrio Panorámico		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Kit para Derrames															
	*Extintor de incendios Capacidad:		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Cabina antivuelco (R.O.P.S)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Asiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Escalerilla y apoyos de acceso		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Llantas buen estado (sin protuberias profundas y sin abultamientos)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Presión de aire de las llantas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
MECANICO	* Servotransmisión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Dirección		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de pasadores		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado y tensión de las correas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de pedales		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de Uñas (tensionadas)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Mecanismo de giro y estabilización cuchillas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de las Hojas de empuje o Nivelación		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Mecanismo de giro (Tornamesa)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Bomba Hidráulica		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Corona de fornamenta en buen estado		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Mandos de avance		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Mando de estacionamiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado general cucharon (balde)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Mandos de levante del brazo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de filtro de aire		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de filtro de combustible		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Pasadores y tornillos en buen estado		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Estado de cilindro (sin filtraciones)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Resguardos		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Anclajes de cerramiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Guardas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado del bastidor		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Ausencia de ruidos extraños en el motor		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Motor sin grietas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Escape (Humo de escape)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Operador: Firma															
	Autorización para uso de Máquina por Ing. Residente: Firma															

DIA	OBSERVACIONES
LUNES	
MARTES	
MIERCOLES	
JUEVES	
VIERNES	
SABADO	
DOMINGO	

El mantenimiento de cualquier ítem (Bien o Mal) implica el reporte para reparar.

Para el inicio de las labores diarias, el operario es responsable de diligenciar el presente formato y entregarlo al Ingeniero Residente y/o Coordinador de la Obra, para que este valide la información registrada, y este determine los pendientes a seguir de acuerdo con el programa de mantenimiento.

LUGAR Y HORA DE VERIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN

Con el diligenciamiento de este formato, el operario se compromete a mantener en buen estado de funcionamiento la maquinaria y/o equipo asignado para la ejecución de las labores.

NOTAS:

[illegible]

[illegible]

Nombre: Stephanny Garcia
Cargo: Auxiliar SST

Vo. Bo. (Firma)
(Nombre)
Coordinador SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

REGISTRO PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA PESADA/EQUIPOS.

VERSION 1

Cód: SST-F-46

TIPO DE MAQUINA/EQUIPO: Retrocargador — MARCA: Cat

MODELO: 2018 — SEMANA DEL: 22/07/24 al 27/07/24 — SERIAL: CAT D60S79

OBJETO DE CONTRATO:

CONSTRUCCION, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	N/A	LUNES BIEN	LUNES MAL	MARTES BIEN	MARTES MAL	MIERC. BIEN	MIERC. MAL	JUEVES BIEN	JUEVES MAL	VIERNES BIEN	VIERNES MAL	SABADO BIEN	SABADO MAL	DOMINGO BIEN	DOMINGO MAL
EL TABLERO O TABLERO DE CONTROL	Funcionamiento y aspecto de la bateria, bornes y cables		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de temperatura		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de aceite		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de bateria		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de refrigerante		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de combustible		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de filtro de aire		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Horometro		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
LUCES	*Frontales de trabajo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Traseras de trabajo (Reflectar)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Señales de giro (derecha, izquierda)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Baliza		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
HIDRAULICO	*Nivel de aceite del motor (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Nivel de aceite en la transmisión (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Nivel del sistema hidraulico (verificar ausencia de Fugas)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Nivel del liquido de refrigerante del sistema de enfriamiento (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Mangueras, tubos , conexiones y valvulas (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
GENERAL	*Estado central del conveyo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Espejos laterales		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Alarma de retroceso		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Pito		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Freno de servicio		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Freno de estacionamiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Cinturones de seguridad		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Vidrio Panoramico		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Kit para Derrames		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Extintor de incendios Capacidad:		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Cabina antivuelco (R.O.P.S)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Aclarco		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Escalerilla y apoyos de acceso		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Llantas buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Presión de aire de las llantas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
MECANICO	* Servotransmisión		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Dirección		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de pasadores		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado y tensión de las bandas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de pedales		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de Uñas (tensionadas)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Mecanismo de giro y estabilización cuchillas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de las Hojas de empuje o Nivelación		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Mecanismo de giro (Tensionado)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Bomba Hidráulica		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Correa de tensores en buen estado		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Mandos de avance		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Mando de estacionamiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado general desgarrador (balde)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Mandos de levante del brazo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de filtro de aire		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de filtro de combustible		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Pasadores y bujillos en buen estado		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Estado de dientes (amortiguadores)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Resguardos		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Anclajes de cuatrapeos		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Guayas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado del pasador		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Ausencia de ruidos extraños en el motor		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Motor sin grietas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Exosto (Humo de escape)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Operador: Firma		Yesisito		Yesisito											
	Autorización para uso de Máquina por Ing. Residente: Firma		Lusp		Lusp		Lusp		Lusp		Lusp		Lusp			

Día	OBSERVACIONES
LUNES	
MARTES	
MIERCOLES	Se cambia operador
JUEVES	
VIERNES	
SABADO	
DOMINGO	

(*) Incumplimiento de cualquiera de los ítems (*) establecidos, es motivo para rechazo.

Para el inicio de las labores que se encuentren en alturas/excavación en la jornada (mañana), se deberá reportar las observaciones encontradas en el ingreso a labores a Coordinador de la Obra para que ajuste las actividades al requerimiento de trabajo seguro y saludable, y evite exponerse los operarios a factor de riesgo con el programa de capacitaciones.

CONSTANCIA DE INSPECCIÓN Y ACEPTACIÓN

NOTA: TIPO: Cualquier condición que deba ser tenida en cuenta para la Máquina. REFERENCIA: Especificación según la especialidad o consideraciones para parte Marca / Numero de la Máquina. No. INTERNO: Identificación interna establecida en la Máquina, vinculada al proyecto. MODELO: Año de fabricación de la Máquina. CAPACIDAD: Especialidad a la cual se le va a aplicar el equipo o la Máquina. KM / Horas

(Firma) (Nombre) Cargo: Auxiliar SST — Vo. Bo. (Firma) (Nombre) Cargo: Coordinador SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

FORMATO INSPECCION DE EQUIPO
VIBROCOMPACTADOR - RANA-CANGURO

Codigo:SST - F032
VERSION 1

PROYECTO: CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

FRENTE:

FECHA INICIAL 30/07/24 · FECHA FINAL 03/08/24 · No Serie o Identificacion

1, ITEM	DESCRIPCION		Aplica SI	Aplica No	LUN C	LUN NC	MAR C	MAR NC	MIER C	MIER NC	JUE C	JUE NC	VIER C	VIER NC	SAB C	SAB NC	DOM C	DOM NC
1	NIVELES DE ACEITE EN EL MOTOR	Verifique que los niveles este dentro de la cuadricula de la varilla medidora Que este limpia y viscosa.	✓				✓		✓									
2	NIVEL DE COMBUSTIBLE	Nivel de combustible no presenta fugas	✓				✓		✓									
3	BASE DE LA RANA	Sin roturas,ni perforaciones, bien asegurada.	✓				✓		✓									
4	PUNTOS DE APOYO	bien ajustados a la superficie de la rana, sin enmendaduras ni superficie irregulares con facilidad de movimiento	✓				✓		✓									
5	ENCENDIDO	Guarda en buen estado	✓				✓		✓									
		La palanca de accionamiento sin roturas, sin fisuras.	✓				✓		✓									
		El yoyo bien enrollado, limpio. Para star sin dificultad.	✓				✓		✓									
6	RESORTES DE AMORTIGUACION	En perfecto estado, limpios, libre de aceites y grasas, si fisuras no deben generar ruidos anormales	✓				✓		✓									
7	FUNCIONAMIENTO EN GENERAL	sin ruidos anormales, encendido perfecto	✓				✓		✓									
8	ORDEN Y LIMPIEZA	libre de superficies aceitosas, engrasadas o combustibles que puedan generar incendio	✓				✓		✓									

EQUIPOS



CRITERIO DE EVALUACION		MEDIDAS
CUMPLE	C	Operar el equipo solamente después de ejecutar la Inspección de preuso.
NO CUMPLE	NC	Utilice los campos relativos al ITEM/DIA de la Inspección.
		Si se Constata alguna anormalidad, detallarla al dorso de esta hoja,
		para que se realice la acción a corregir.
		Operar el equipo solamente después de ejecutar la inspección de preuso.

El siguiente Item se evaluará semanalmente y lo evaluara el Jefe Inmediato o SST de Campo
(Marque en la casilla SI ó NO según corresponda)

2. FACTORES HUMANOS		CUMPLE SI	CUMPLE NO	OBSERVACIONES
2,1	Cumple con las instrucciones de Operatividad de equipo?	✓		
2,2	El operador usa de manera adecuada los EPP cuando esta haciendo uso del equipo	✓		
2,3	El operador reporta actos y condiciones inseguras / seguras		✓	

SEGUIMIENTO

x Jose Sanchez	Stephanny Garay	
FIRMA DEL OPERADOR	FIRMA AUXILIAR SST	
NOMBRE	NOMBRE Stephanny Garay	NOMBRE

FIRMA COORDINADOR SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	SST -F-035
	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE PULIDORAS- TRONZADORA	VERSION 1

PROYECTO:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE				
EQUICO COD.	—		SERIE:	053529	
ACTIVIDAD:	Corte de acero.		MARCA:	Dewalt.	
SEMANA DEL	12 Agosto	AL 17 Agosto	DE	2024.	

ESTADO (B: BUENO - M: MALO)	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Estado de conexiones eléctricas (cable, extensiones, tomas)					✓		✓		✓					
Estado del interruptor de encendido y su seguro			✓		✓		✓		✓					
Estado del accesorio portadiscos					✓		✓		✓					
Estado del mango					✓		✓		✓					
Estado del cuerpo					✓		✓		✓					
Estado accesorio RPM					✓		✓		✓					
Estado general de la guia y la guarda					✓		✓		✓					
Estado general pulidora (fisuras, ruptura, etc.)					✓		✓		✓					
Condiciones de orden y aseo					✓		✓		✓					
OTROS														
	—	—												

El siguiente item se evaluará semanalmente y lo evaluara el Jefe Inmediato o SST de Campo

(Marque en la casilla **SI** o **NO** según corresponda)

	2. FACTORES HUMANOS	CUMPLE		OBSERVACIONES
		SI	NO	
2,1	Cumple con las instrucciones de Operatividad del equipo?	✓		
2,2	El operador usa de manera adecuada los EPP cuando esta haciendo uso del equipo	✓		
2,3	El operador reporta actos y condiciones inseguras / seguras	✓		

SEGUIMIENTO

FIRMA DEL OPERADOR	FIRMA AUXILIAR SST	FIRMA SUPERVISOR SST
NOMBRE Angel Cantillo G.	NOMBRE Stephanny Garay.	NOMBRE

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	SST -F-035
	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE PULIDORAS- TRONZADORA	VERSION 1

PROYECTO:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE					
EQUICO COD.				SERIE:	0641102	
ACTIVIDAD:	Corte de Acero			MARCA:	Dewalt.	
SEMANA DEL	12/08/2024	AL	17/08/24	DE	2024.	

ESTADO (B: BUENO - M: MALO)	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Estado de conexiones eléctricas (cable, extensiones, tomas)	✓		✓		✓									
Estado del interruptor de encendido y su seguro	✓		✓			✓	✓							
Estado del accesorio portadiscos	✓		✓					✓						
Estaco del mango	✓		✓		✓		✓							
Estado del cuerpo	✓		✓		✓		✓							
Estado accesorio RPM	✓		✓		✓		✓							
Estado general de la guía y la guarda	✓		✓		✓		✓							
Estado general pulidora (fisuras, ruptura, etc.)	✓		✓			✓		✓						
Condiciones de orden y aseo	✓		✓		✓		✓							
OTROS														

El siguiente item se evaluará semanalmente y lo evaluara el Jefe Inmediato o SST de Campo

(Marque en la casilla **SI** o **NO** según corresponda)

	2. FACTORES HUMANOS	CUMPLE SI	CUMPLE NO	OBSERVACIONES
2,1	Cumple con las instrucciones de Operatividad del equipo?	✓		
2,2	El operador usa de manera adecuada los EPP cuando esta haciendo uso del equipo	✓		
2,3	El operador reporta actos y condiciones inseguras / seguras	✓		

SEGUIMIENTO

FIRMA DEL OPERADOR	FIRMA AUXILIAR SST	FIRMA SUPERVISOR SST
NOMBRE Wilson Miranda	NOMBRE Stephanny Garay	NOMBRE

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	SST -F-035
	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE PULIDORAS- TRONZADORA	VERSION 1

PROYECTO:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE				
EQUICO COD.	Sierra Circular			SERIE:	
ACTIVIDAD:	Corte de Madera			MARCA:	Bosch
SEMANA DEL	16 Agosto	AL	17 Agosto	DE	2024.

ESTADO (B: BUENO - M: MALO)	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Estado de conexiones eléctricas (cable, extensiones, tomas)									✓					
Estado del interruptor de encendido y su seguro									✓					
Estado del accesorio portadiscos									✓					
Estado del mango									✓					
Estado del cuerpo									✓					
Estado accesorio RPM									✓					
Estado general de la guía y la guarda									✓					
Estado general pulidora (fisuras, ruptura, etc.)									✓					
Condiciones de orden y aseo									✓					
OTROS														

El siguiente Item se evaluará semanalmente y lo evaluara el Jefe Inmediato o SST de Campo

(Marque en la casilla **SI** o **NO** según corresponda)

2. FACTORES HUMANOS		CUMPLE		OBSERVACIONES
		SI	NO	
2.1	Cumple con las instrucciones de Operatividad del equipo?	✓		
2,2	El operador usa de manera adecuada los EPP cuando esta haciendo usc del equipo	✓		
2,3	El operador reporta actos y condiciones Inseguras / seguras	✓		

SEGUIMIENTO

Manuel Dom.	Stephanny Garay	
FIRMA DEL OPERADOR	FIRMA AUXILIAR SST	FIRMA SUPERVISOR SST
NOMBRE Manuel Domínguez	NOMBRE Stephanny Garay	NOMBRE

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	SST -F-035
	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE PULIDORAS- TRONZADORA	VERSION 1

PROYECTO:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE				
EQUICO COD.	Tronzadora.			SERIE:	
ACTIVIDAD:	Corte de acero			MARCA:	Dewalt.
SEMANA DEL	12/08/2024	AL	17/08/24	DE	2024

ESTADO (B: BUENO - M: MALO)	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Estado de conexiones eléctricas (cable, extensiones, tomas)	✓				✓		✓		✓					
Estado del interruptor de encendido y su seguro	✓				✓		✓		✓					
Estado del accesorio portadiscos	✓				✓		✓		✓					
Estado del mango	✓				✓		✓		✓					
Estado del cuerpo	✓				✓		✓		✓					
Estado accesorio RPM	✓				✓		✓		✓					
Estado general de la guía y la guarda	✓				✓		✓		✓					
Estado general pulidora (fisuras, ruptura, etc.)	✓				✓		✓		✓					
Condiciones de orden y aseo	✓				✓		✓		✓					
OTROS														

El siguiente item se evaluará semanalmente y lo evaluara el Jefe Inmediato o SST de Campo

(Marque en la casilla **SI** o **NO** según corresponda)

	2. FACTORES HUMANOS	CUMPLE		OBSERVACIONES
		SI	NO	
2,1	Cumple con las instrucciones de Operatividad del equipo?	✓		
2,2	El operador usa de manera adecuada los EPP cuando esta haciendo uso del equipo	✓		
2,3	El operador reporta actos y condiciones inseguras / seguras	✓		

SEGUIMIENTO

DANIEL	Stephanny Garay	
FIRMA DEL OPERADOR	FIRMA AUXILIAR SST	FIRMA SUPERVISOR SST
NOMBRE	NOMBRE Stephanny Garay	NOMBRE

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	SST -F-035
	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE PULIDORAS- TRONZADORA	VERSION 1

PROYECTO:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE				
EQUICO COD.	Cortadora Circular			SERIE:	
ACTIVIDAD:	Corte de Madera			MARCA:	Ryobi
SEMANA DEL	16 agosto	AL	17 agosto	DE	2024.

ESTADO (B: BUENO - M: MALO)	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Estado de conexiones eléctricas (cable, extensiones, tomas)									✓					
Estado del interruptor de encendido y su seguro									✓					
Estado del accesorio portadiscos									✓					
Estado del mango									✓					
Estado del cuerpo									✓					
Estado accesorio RPM									✓					
Estado general de la guía y la guarda									✓					
Estado general pulidora (fisuras, ruptura, etc.)									✓					
Condiciones de orden y aseo									✓					
OTROS														

El siguiente item se evaluará semanalmente y lo evaluara el Jefe Inmediato o SST de Campo

(Marque en la casilla **SI** o **NO** según corresponda)

	2. FACTORES HUMANOS	CUMPLE		OBSERVACIONES
		SI	NO	
2,1	Cumple con las instrucciones de Operatividad del equipo?	✓		
2,2	El operador usa de manera adecuada los EPP cuando esta haciendo uso del equipo	✓		
2,3	El operador reporta actos y condiciones inseguras / seguras	✓		

SEGUIMIENTO

FIRMA DEL OPERADOR	Stephanny Garay	
FIRMA AUXILIAR SST		FIRMA SUPERVISOR SST
NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	SST -F-035
	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE PULIDORAS- TRONZADORA	VERSION 1

PROYECTO:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE				
EQUICO COD.	Tronzadora.			SERIE:	00212622
ACTIVIDAD:	Corte de acero y alambre			MARCA:	Makita
SEMANA DEL	16 Agosto	AL	17 agosto	DE	2024.

ESTADO (B: BUENO - M: MALO)	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Estado de conexiones eléctricas (cable, extensiones, tomas)									✓					
Estado del interruptor de encendido y su seguro									✓					
Estado del accesorio portadiscos									✓					
Estado del mango									✓					
Estado del cuerpo									✓					
Estado accesorio RPM									✓					
Estado general de la guía y la guarda									✓					
Estado general pulidora (fisuras, ruptura, etc.)									✓					
Condiciones de orden y aseo									✓					
OTROS														

El siguiente ítem se evaluará semanalmente y lo evaluara el Jefe Inmediato o SST de Campo

(Marque en la casilla **SI** o **NO** según corresponda)

	2. FACTORES HUMANOS	CUMPLE		OBSERVACIONES
		SI	NO	
2.1	Cumple con las instrucciones de Operatividad del equipo?	✓		
2,2	El operador usa de manera adecuada los EPP cuando esta haciendo uso del equipo	✓		
2,3	El operador reporta actos y condiciones inseguras / seguras	✓		

SEGUIMIENTO

FIRMA DEL OPERADOR	FIRMA AUXILIAR SST	FIRMA SUPERVISOR SST
NOMBRE Aldrin Valencia	NOMBRE Stephanny Garay.	NOMBRE

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Version. 1
		Cod: SST-F16
	INSPECCION EXTINTOR	Pag. 1 de 1

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE		
FECHA INSPECCIÓN	29/08/2024.		
COORDINADOR SST	Luis Salgado	AUXILIAR SST	Stephany.

TIPO DE EXTINTOR	CLASE AGENTE EXTINTOR	CAPACIDAD	FECHA ACTUAL	FECHA PROXIMA	UBICACIÓN	CONDICIONES DEL EXTINTOR																	
						PRESIÓN		ETIQUETA		MANÓMETRO		RECIPIENTE		MANIJA		PALANCA		MANGUERA		BOQUILLA		PERNO	
						B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
ABC		10lbs	2024	2025	Bodega	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	

CONVENCIONES: B (Bueno) M (Malo)

#	RESUMEN ESTADO DE EXTINTORES	ACCIÓN CORRECTIVA	RESPONSABLE	FECHA	
				INICIACIÓN	TERMINACIÓN
1					
2					
3					
4					

Partes de un extintor



Observaciones

Perno y sello: El perno que bloquea la manija del extintor en su lugar tiene que estar presente y no doblado o dañada de alguna manera, de lo contrario es necesario sustituirlo. El perno también debe tener un sello intacto alrededor de él, que significa que nadie haya utilizado el extintor y haya simplemente reemplazado el perno.

Medidor de presión: Si el extintor tiene un medidor de presión, compruébalo para ver si el extintor debe ser recargado. La aguja del indicador debería estar dentro de la parte verde del indicador. Un extintor que no tiene suficiente presión no podrá disparar su contenido de forma normal, causando que la lucha contra un incendio sea más peligrosa. Si la aguja indica que el extintor debe ser recargado, llama a un técnico de servicio profesional para que realice el trabajo. Algunos extintores no tienen un medidor de presión, pero si mismo se puede medir para asegurarse de que está correctamente presurizado.

Cilindro: El cilindro de metal del extintor de fuego debe estar intacto, o podrías experimentar problemas con el funcionamiento más tarde. Reemplaza el extintor si observas abolladuras, signos de oxidación o corrosión, depósitos o acumulación de químicos o cualquier otro signo de que el cilindro haya sido manipulado bruscamente. Un extintor dañado es potencialmente peligroso y debe manipularse lo menos posible.

Manguera y boquilla: La manguera y la boquilla en el extintor no deberían mostrar ninguna señal de daños o grietas, ya que esto también disminuirá el rango del extintor. La manguera podría lucir bien, pero si se aprieta suavemente podrás sentir si la manguera es frágil y quebradiza. Si la manguera o la boquilla están podridas o dañadas reemplaza el extintor para que puedas tenerlo en servicio profesional.

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	SST -F-035
	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE PULIDORAS- TRONZADORA	VERSION 1

PROYECTO:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE						
EQUICO COD.					SERIE:	064102	
ACTIVIDAD:	Corte de hierro -				MARCA:	Dewalt.	
SEMANA DEL	5 Agosto	AL	10 agosto	DE	2024 -		

ESTADO (B: BUENO - M: MALO)	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Estado de conexiones eléctricas (cable, extensiones, tomas)	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado del interruptor de encendido y su seguro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado del accesorio portadiscos	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado del mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado del cuerpo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado accesorio RPM	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general de la guía y la guarda	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general pulidora (fisuras, ruptura, etc.)	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Condiciones de orden y aseo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
OTROS														

El siguiente item se evaluará semanalmente y lo evaluara el Jefe Inmediato o SST de Campo

(Marque en la casilla **SI** o **NO** según corresponda)

	2. FACTORES HUMANOS	CUMPLE		OBSERVACIONES
		SI	NO	
2,1	Cumple con las instrucciones de Operatividad del equipo?	✓		
2,2	El operador usa de manera adecuada los EPP cuando esta haciendo uso del equipo	✓		
2,3	El operador reporta actos y condiciones insaguras / seguras	✓		

SEGUIMIENTO

* Julian Romos	Stephanny Garay.	
FIRMA DEL OPERADOR	FIRMA AUXILIAR SST	FIRMA SUPERVISOR SST
NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTION	SST -F-035
	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE PULIDORAS- TRONZADORA	VERSION 1

PROYECTO:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE				
EQUICO COD.				SERIE:	064102
ACTIVIDAD:	Corte de hierro.			MARCA:	Dewalt
SEMANA DEL	29/07/2024	AL	03/08/2024	DE	

ESTADO (B: BUENO - M: MALO)	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Estado de conexiones eléctricas (cable, extensiones, tomas)	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado del interruptor de encendido y su seguro	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado del accesorio portadiscos	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado del mango	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado del cuerpo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado accesorio RPM														
Estado general de la guía y la guarda	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado general pulidora (fisuras, ruptura, etc.)	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Condiciones de orden y aseo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
OTROS														

El siguiente item se evaluará semanalmente y lo evaluara el Jefe Inmediato o SST de Campo

(Marque en la casilla **SI** o **NO** según corresponda)

	2. FACTORES HUMANOS	CUMPLE		OBSERVACIONES
		SI	NO	
2.1	Cumple con las instrucciones de Operatividad del equipo?	✓		
2,2	El operador usa de manera adecuada los EPP cuando esta haciendo uso del equipo	✓		
2,3	El operador reporta actos y condiciones inseguras / seguras	✓		

SEGUIMIENTO

* Julian Ramos	Stephanny Garay	
FIRMA DEL OPERADOR	FIRMA AUXILIAR SST	FIRMA SUPERVISOR SST
NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INSPECCION PREOPERACIONAL DE MEZCLADORA	CÓDIGO	SST-F033
		VERSIÓN	1

PROYECTO: CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

EQUIPO: Mezcladora MARCA: —O—

SEMANA: DESDE 05/08/24 HASTA 10/08/24

ÍTEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Llantas en buen estado		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
Ejes en buen estado (Sin torceduras)	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estructura de soporte en buena condición	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
* Balinera y bujes de rotación	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
* Mecanismo de giro para vaciado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
* Palanca de giro para vaciado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
* Seguro en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Corona de rotación del trompo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Patas de anclaje en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
*Motor en buena condicion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Tubo de escape en buena condicion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de pasadores (bastidor)	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
* Resguardos correas motor.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
* Resguardos mecanismos de giro trompo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Tapa del motor con seguro		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
Clutch de giro del trompo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Corona de arranque del motor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Control de fugas de combustible		✓		✓		✓		✓	✓			✓		
Control de fugas hidraulicas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: SÍ NO ✓ | Resp. De correccion:

El siguiente ítem se evaluará semanalmente y lo evaluara el Jefe inmediato o SST de Campo

2. FACTORES HUMANOS		CUMPLE SI	CUMPLE NO	OBSERVACIONES
2.1	Cumple con las instrucciones de Operatividad del equipo?			
2.2	El operador usa de manera adecuada los EPP cuando esta haciendo uso del equipo	✓		
2.3	El operador reporta actos y condiciones inseguras / seguras	✓		

SEGUIMIENTO

FIRMA DEL COORDINADOR SST	FIRMA DEL SUPERVISOR SST	FIRMA DEL OPERADOR
NOMBRE	NOMBRE Stephanny Garay	NOMBRE

Stephanny Garay

GUSTAVO MUÑOZ

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INSPECCION PREOPERACIONAL DE MEZCLADORA	CODIGO	SST-F033
		VERSIÓN	1

PROYECTO: CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

EQUIPO: Mezcladora MARCA: —O/

SEMANA: DESDE 29/07/24 HASTA 03/08/24.

ÍTEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Llantas en buen estado		✓		✓	✓			✓		✓		✓		
Ejes en buen estado (Sin torceduras)	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estructura de soporte en buena condición	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
* Balinera y bujes de rotación	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
* Mecanismo de giro para vaciado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
* Palanca de giro para vaciado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
* Seguro en buen estado	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Corona de rotación del trompo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Patas de anclaje en buenas condiciones	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
*Motor en buena condicion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Tubo de escape en buena condicion	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Estado de pasadores (bastidor)	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
* Resguardos correas motor.	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
* Resguardos mecanismos de giro trompo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Tapa del motor con seguro		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
Clutch de giro del trompo	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Corona de arranque del motor	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
Control de fugas de combustible		✓		✓		✓		✓		✓		✓		
Control de fugas hidraulicas	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR														
Fuera de servicio: SI NO ✓	Resp. De correccion:													

El siguiente ítem se evaluará semanalmente y lo evaluara el Jefe Inmediato o SST de Campo

2. FACTORES HUMANOS		CUMPLE SI	CUMPLE NO	OBSERVACIONES
2,1	Cumple con las instrucciones de Operatividad del equipo?			
2,2	El operador usa de manera adecuada los EPP cuando esta haciendo uso del equipo	✓		
2,3	El operador reporta actos y condiciones inseguras / seguras	✓		

SEGUIMIENTO

FIRMA DEL COORDINADOR SST	FIRMA DEL SUPERVISOR SST	FIRMA DEL OPERADOR
NOMBRE	NOMBRE Stephanny Garay	NOMBRE GUSTAVO ADOLFO

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INSPECCION PREOPERACIONAL DE MEZCLADORA	CÓDIGO	SST-F033
		VERSIÓN	1

PROYECTO: CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

EQUIPO: Mezcladora MARCA: —O—

SEMANA: DESDE 12/08/24 HASTA 17/08/24

ÍTEM	LUN.		MAR.		MIER.		JUEV.		VIER.		SAB.		DOM.	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
Llantas en buen estado		✓		✓										
Ejes en buen estado (Sin torceduras)	✓		✓											
Estructura de soporte en buena condición	✓		✓											
* Balinera y bujes de rotación	✓		✓											
* Mecanismo de giro para vaciado	✓		✓											
* Palanca de giro para vaciado	✓		✓											
* Seguro en buen estado	✓		✓											
Corona de rotación del trompo	✓		✓											
Patas de anclaje en buenas condiciones	✓		✓											
*Motor en buena condicion	✓		✓											
Tubo de escape en buena condicion	✓		✓											
Estado de pasadores (bastidor)	✓		✓											
* Resguardos correas motor.	✓		✓											
* Resguardos mecanismos de giro trompo	✓		✓											
Tapa del motor con seguro		✓		✓										
Clutch de giro del trompo	✓		✓											
Corona de arranque del motor	✓		✓											
Control de fugas de combustible		✓		✓										
Control de fugas hidraulicas	✓		✓											

* PUNTO CRITICO QUE INHABILITA EL EQUIPO PARA OPERAR

Fuera de servicio: SI NO ✗ Resp. De correccion:

El siguiente ítem se evaluará semanalmente y lo evaluara el Jefe inmediato o SST de Campo

2. FACTORES HUMANOS		CUMPLE SI	CUMPLE NO	OBSERVACIONES
2,1	Cumple con las instrucciones de Operatividad del equipo?	✓		
2,2	El operador usa de manera adecuada los EPP cuando esta haciendo uso del equipo	✓		
2,3	El operador reporta actos y condiciones inseguras / seguras	✓		
SEGUIMIENTO				

FIRMA DEL COORDINADOR SST	FIRMA DEL SUPERVISOR SST	FIRMA DEL OPERADOR
NOMBRE	NOMBRE Stephanny Garay	NOMBRE

Stephanny Garay

Yoffran

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INSPECCION DE HERRAMIENTAS	VERSION. 1 Cod: SST-F024 PAG. 1 DE 1

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
FECHA	20/08/24

B = BUENO M = MALO N.A = NO APLICA

ITEM	DESCRIPCIÓN	ESTADO			NO/SI
		BUENO	MALA	NA	
A	**HERRAMIENTAS MANUALES**				
1	Se usa la adecuada al trabajo	✓			SI
2	Se encuentran en buen estado	✓			SI
3	Se guardan y portan adecuadamente	✓			SI
4	Los mangos de madera no presentan astillas, ni fisuras y están firmemente adheridos.	✓			SI
5	Se usan prensas de banco para sujetas			✓	
B	**HERRAMIENTAS DE CORTE**				
1	Los cinceles no presentan su cabeza tipo hongo			✓	NO
2	Los cinceles se encuentran afilados			✓	NO
3	Las seguetas están correctamente instaladas y no presentan defectos	✓			SI
4	Las limas disponen de sus mangos y no están rotas o sucias	✓			
5	Los serruchos disponen de empuñadura y sus dientes están completos			✓	NO
6	Los cuchillos disponen de mangos y fundas			✓	NO
7	Se usa correctamente por parte del trabajador	✓			
C	**HERRAMIENTAS DE GOLPE**				
1	Se emplea el martillo adecuado según la labor	✓			
2	Sus caras y bordes están en buen estado	✓			
3	Su mango no está quebrado, astillado ni flojo	✓			
D	**HERRAMIENTAS DE TORSION - LLAVES**				
1	Cuentan con llaves de pulgadas y milimétricas			✓	NO
2	Se observan en la llave huellas y palancas			✓	NO
3	Se dispone de llaves para golpear			✓	NO
4	Las llaves no presentan sus mordazas abiertas o deterioradas			✓	
5	La herramienta para electricista cuenta con el aislamiento adecuado y son probadas frecuentemente			✓	
6	La punta y cabo de los destornilladores se encuentran en buen estado			✓	
7	Se dispone de herramientas que no produzcan chispas.	✓			
E	**HERRAMIENTAS ELECTRICAS**				
1	Las herramientas según Las adecuadas según el riesgo (humedad, vapores)	✓			
2	Se emplean los elementos de protección personal de acuerdo con la herramienta empleada	✓			
3	Están limpia y lubricadas	✓			
4	Tienen sus guardas	✓			
5	Posee aislamiento doble o conexión a tierra por enchufe de tres patas	✓			
6	El cable y enchufe no presentan daños	✓			
7	En los taladros se observa el mandil con golpes			✓	
8	Brocas sin filo o se ha reducido su diámetro para taladros pequeños			✓	
9	Los esmeriles cuentan con guardas y los soportes de los discos o piedras son los adecuados			✓	
10	Los collarines coinciden en diámetro y están instalados según el relieve			✓	
11	Se observa deterioro en las roscas o tornillo en las ruedas abrasivas.	✓			
12	Se almacenan las pulidoras y discos en sitios donde puedan ser golpeados				
F	**HERRAMIENTA NEUMATICA**	✓			
1	Las mangueras y acoples se encuentran en buen estado	✓			
2	Se emplean elementos de protección personal de acuerdo con la herramienta			✓	
3	Se trabaja a las presiones indicadas			✓	
4	La herramienta es descargada al terminar.				

OBSERVACIONES

COORDINADOR SST

Stephanny
AUXILIAR SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INSPECCIÓN DE MAQUINAS	COD: SST F029
		VERSION 1

PROYECTO: "CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

EQUIPO A INSPECCIONAR Retrocargador

OPERADOR: Joan Dayan Guerra **FECHA:** 14/08/2024

(V) Satisfactorio **(X) No satisfactorio** **(N) No aplica**

RESPECTO A LA MAQUINARIA		CONOCE Y CUMPLE CON LAS SIGUIENTES MEDIDAS EL OPERADOR	
- Autorización de chequeo para operador y máquina	(V)	- Controla límites de carga = volumen	(V)
- Estado de orugas o llantas	(N)	- Inspecciona diariamente el equipo	(V)
- El sistema hidráulico no tiene fugas	(V)	- Lleva registros de inspección y mantenimiento	(V)
Estado de mangueras y acoples para el sistema hidráulico y neumático	(V)	- Verifica que el área esté despejada antes de iniciar trabajos.	(V)
- Estado de cabina, guardas	(V)	- No transporta pasajeros en la cabina y/o iniciar trabajos	(V)
- Estado guardas de protección	(V)	- No transporta pasajeros en la cabina y/o cucharón	(V)
- Condiciones de los frenos	(V)	- No mueve cargas sobre los trabajadores	(V)
- Estado de instrumentos y mandos	(V)	- Arranca y para suavemente la carga	(V)
- Estado del pito	(V)	- No excede la velocidad	(V)
- Alarma de retroceso	(V)	- No corre distancias largas con el cucharón o pala arriba	(V)
- Estado de las luces	(V)	- No deja la máquina prendida en pendiente.	(V)
- Estado de limpia-brisas	(V)	- Estaciona fuera del camino y en terreno nivelado	(V)
- Estado del freno de emergencia	(V)	- Deja el equipo asegurado para impedir su movimiento	(V)
- Estado de lubricación	(V)	- Para el motor antes de cargar combustible	(V)
- Estado de cuchilla y soporte	(V)	- Instala señales de advertencia a la carga que sobresale	(V)
- Estado de cargador y balde	(V)	- Verifica en el área existencia de tuberías, cableado eléctrico o ductos.	(V)
- Estado de retrovisores	(V)	- Emplea el lenguaje de señales con sus ayudantes	(V)
- Estado malacates o diferenciales	(V)	OTROS:	
- Está dotado de banderas de señalización	(V)	- Retiro de elementos innecesarios	(V)
- Está dotado de extintor	(V)	**ACCION CORRECTIVA**	
- La cabina está despejada y no se almacenan combustibles en ella.	(V)		
- La maquinaria está correctamente pinada y los pasadores se encuentran en buen estado.	(V)		
- El tanque de combustible no presenta fugas y está dotado de su tapa.	(V)		

APROBADO	SI	X	NO		FIRMA SST
FIRMA OPERADOR					Stephanny Garay

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Versión. 1
		Cod: SST-F19
	INSPECCIÓN A ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP)	Pag. 1 de 1

PROYECTO:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
FECHA INSPECCION:	05/08/2024.

LISTA DE VERIFICACION

NOMBRES Y APELLIDOS	CASCO B	CASCO M	TAPABOCA CASCO B	TAPABOCA CASCO M	CAMBIABOLSO B	CAMBIABOLSO M	GAFAS DE SEGURIDAD B	GAFAS DE SEGURIDAD M	VISOR FACIAL B	VISOR FACIAL M	PROTECCION RESPIRATORIA B	PROTECCION RESPIRATORIA M	PROTECCION AUDITIVA B	PROTECCION AUDITIVA M	GUANTES VAQUETA B	GUANTES VAQUETA M	GUANTES NITRILO B	GUANTES NITRILO M	OVEROL B	OVEROL M	CAMISA B	CAMISA M	BOTAS DE SEGURIDAD B	BOTAS DE SEGURIDAD M	BOTAS PANTANERAS B	BOTAS PANTANERAS M	CHALECO B	CHALECO M	ACCIÓN CORRECTIVA
Abraham Rodriguez Escudero	✓		✓				✓								/	✓			✓		✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES ✓ GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Gustavo Ramos Diaz	✓		✓				✓								·	✓			✓		✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES ✓ GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Marceliano Diaz Tordecilla.	✓		✓				✓								·	✓			✓		✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES ✓ GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Juan Fernando Bravo	✓		✓				✓								·	✓			✓		✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES ✓ GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Yeimer Hernandez Alvarez	✓		✓				✓								✓				✓		✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES ✓ GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Juan David Ramos Diaz	✓		✓		✓		✓								·	✓			✓		✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES ✓ GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Pedro Morillo de Hoyos	✓		✓				✓								✓				✓		✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES ✓ GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Andres Segundo Yanez	✓		✓				·	✓							✓				✓		✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Manuel Tovar Correa	✓		✓				✓								✓				✓		✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Jorge Lazaro Jimenez	✓		✓				✓								·	✓			✓		✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES ✓ GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Yulian David Ramos Perez	✓		✓				✓								·	✓			✓		✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES ✓ GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Jhan Dario Garay Gloria.	✓		✓				✓								·	✓			✓		✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES ✓ GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Alberto Jurado Suarez	✓		✓				✓								✓				✓		✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL

B: BUEN ESTADO - M: MAL ESTADO

RESPONSABLES:

NOMBRE		NOMBRE	Stephanny Garay
FIRMA COORDINADOR SST		FIRMA AUXILIAR SST	Stephanny Garay.

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	VERSION. 1
		COD. SST-Fu9
	INSPECCIÓN DE BOTIQUIN	PAG. 1 DE 1

PROYECTO:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
FECHA INSPECCION:	20/08/2024.
UBICACION:	Campamento - Obra. SEÑALIZACIÓN: SI ✓ NO __

ITEM	INSUMO	CANTIDAD	CONTIENE	NO CONTIENE	FECHA DE EXPIRACION	REGISTRO INVIMA
1	Isodine espuma	1	✓		02/02/26.	
2	Isodine solución	1	✓		03/2026.	
3	Gasa aséptica	10	✓			
4	Curas			✓	7/2028	
5	Venda elastica 3x5	1	✓		03/2028	
6	Alcohol	1	✓		N/D.	
7	Micropore Rollo			✓		
8	Algodón paquete (25 gr)		✓			
11	Sales de rehidratación oral,			✓		
12	Baja lenguas (paquete x 20)	20	✓		20/12/28	
13	Solución salina o agua esteril 250 ml	1	✓		11/2025	
14	acetamofen			✓		
15	tijeras	1	✓			
16	Jabón			✓		
17	Tapabocas			✓		
18	Baja lenguas	20	✓		20/12/28.	
	Otros:		✓			
	Algodón laminado 3x5	1	✓		03/2028	
	Algodón laminado. 5x5	1	✓		10/2025	
	Termómetro	1	✓			
	Guantes latex	10	✓		12/10/2028	
	Venda elastica 5x5 Y	1	✓		03/2028	
	Venda elástica 2x5 Y	1	✓		10/2028.	

OBSERVACIONES :

RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN DE LA INSPECCIÓN

	Stephanny Garay.
FIRMA COORDINADOR SST	FIRMA AUXILIAR SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

REGISTRO PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA PESADA/EQUIPOS.

VERSIÓN 1

Cod: SST-F-45

TIPO DE MAQUINA/Equipo: Retrocargador | MARCA: cat

MODELO: 2018 | SEMANA DEL: 26/08/24 a 31/08/24 | SERIAL: 64D60579

OBJETO DE CONTRATO:

CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	N/A	LUNES BIEN	LUNES MAL	MARTES BIEN	MARTES MAL	MIERC. BIEN	MIERC. MAL	JUEVES BIEN	JUEVES MAL	VIERNES BIEN	VIERNES MAL	SABADO BIEN	SABADO MAL	DOMINGO BIEN	DOMINGO MAL
ELECTRICO / TABLERO DE CONTROL	Funcionamiento y aspecto de la bateria, bornes y cables		-		✓		✓		✓							
	Indicador de temperatura		-		✓		✓		✓							
	Indicador de aceite		✓		✓		✓		✓							
	Indicador de bateria		✓		✓		✓		✓							
	Indicador de refrigerante		✓		✓		✓		✓							
	Indicador de combustible		✓		✓		✓		✓							
	Indicador de filtro de aire		✓		✓		✓		✓							
	*Horometro		✓		✓		✓		✓							
LUCES	*Frontales de trabajo		✓		✓		✓		✓							
	*Traseras de trabajo (Reflector)		✓		✓		✓		✓							
	Stellares de giro (derecha, izquierda)		✓		✓		✓		✓							
	*Baliza		✓		✓		✓		✓							
HIDRAULICO	*Nivel de aceite del motor (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓							
	*Nivel de aceite en la transmisión (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓							
	*Nivel del sistema hidráulico (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓							
	*Nivel del liquido de refrigerante del sistema de enfriamiento (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓							
	*Mangueras, tubos , conexiones y retenes (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓							
GENERAL	*Espejos central convexo		✓		✓		✓		✓							
	*Espejos laterales		✓		✓		✓		✓							
	*Alarma de retroceso		✓		✓		✓		✓							
	Pito		✓		✓		✓		✓							
	* Freno de servicio		✓		✓		✓		✓							
	* Freno de estacionamiento		✓		✓		✓		✓							
	*Cinturones de seguridad		✓		✓		✓		✓							
	Vidrio Panoramico		✓		✓		✓		✓							
	*Kit para Derrames		-	✓		✓		✓	✓							
	*Extintor de incendios Capacidad: 10Lbs		✓		✓		✓		✓							
	*Cabina antivuelco (R.O.P.S)		✓		✓		✓		✓							
	Asiento		✓		✓		✓		✓							
	Escalerilla y agarres de acceso		✓		✓		✓		✓							
	Llantas buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)		✓		✓		✓		✓							
	Presion de aire de las llantas		✓		✓		✓		✓							
MECANICO	* Servotransmisión		✓		✓		✓		✓							
	* Direccion		✓		✓		✓		✓							
	Estado de pasadores		✓		✓		✓		✓							
	Estado y tensión de las correas		✓		✓		✓		✓							
	Estado de pedales		✓		✓		✓		✓							
	Estado de Orugas (Semicadenas)	✓														
	Mecanismo de giro y acoplamiento corrillos		✓		✓		✓		✓							
	Estado de las fugas de empuje o Nivelación		✓		✓		✓		✓							
	Mecanismo de giro (Tornamesa)		✓		✓		✓		✓							
	*Bomba Hidraulica		✓		✓		✓		✓							
	Corona de tornamesa en buen estado		✓		✓		✓		✓							
	*Mandos de avance		✓		✓		✓		✓							
	* Mando de estacionamiento		✓		✓		✓		✓							
	Estado general desgarrador (balde)		✓		✓		✓		✓							
	*Mandos de levante del brazo		✓		✓		✓		✓							
	Estado de filtro de aire		✓		✓		✓		✓							
	Estado de filtro de combustible		✓		✓		✓		✓							
	Pasadores y tornillos en buen estado		✓		✓		✓		✓							
	* Estado de cilindro (amortiguadores)		✓		✓		✓		✓							
	* Resguardos		✓		✓		✓		✓							
	Anclajes de contrapeso		✓		✓		✓		✓							
	Guardas		✓		✓		✓		✓							
	Estado del bastidor		✓		✓		✓		✓							
	Ausencia de ruidos extraños en el motor		✓		✓		✓		✓							
	*Motor sin goteos		✓		✓		✓		✓							
	Exceso (Humo de escape)		✓		✓		✓		✓							
	Operador	Firma														
	Autorización para uso de Maquina por Ing. Residente	Firma														

DIA	OBSERVACIONES
LUNES	
MARTES	
MIERCOLES	se cambia operador. Retro de Maquina.
JUEVES	
VIERNES	
SABADO	
DOMINGO	

El incumplimiento de cualquiera de las firmas (*) obligara la maquina para reparar

Para el caso de los ítems que se encuentren deficientes en la casilla Anexo se deberá reportar las observaciones encontradas al Ingeniero Residente, Comité/Supervisor de la Obra, para que emita la autorización del responsable de la reparación y cuando documente las evidencias a través del reporte con el cumplimiento del mantenimiento.

CONSTANCIA DE NOTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN

Con el presente registro de ingreso preoperacional de maquinaria, se da constancia de la inspección realizada anteriormente al Proyecto, cumple y satisfacción cabal de lo que contiene.

NOTA	TIPO: Cualquier de características que deberán tratarse de la Maquina.
	RESTRICCIÓN: Clasificación según la Gravedad o modificaciones antes que la Maquina o Funcionario de la Maquinaria.
	No. ANEXOS: Identificación de cada anexo(s) que los Maquinas entregan al Proyecto.

NIVEL 3:	Alto en operación de la Maquina.
LIMITADO:	Capacidad restringida en No. de pasajeros o carga que transporta.
NIL:	No valor.

NIVEL 2:	
NIVEL 1:	
MALO:	

(Firma) Stephanny.
(Nombre)
Auxiliar SST

Vo. Bo.
(Firma)
(Nombre)
Coordinador SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

REGISTRO PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA PESADA/EQUIPOS.

VERSIÓN 1

TIPO DE MAQUINA/EQUIPO: Retrocargador | MARCA: Hunday

MODELO: 2023 | SEMANA DEL: 26/08/24 a 31/08/24 | SERIAL: NHKHUG01LU0001578

OBJETO DE CONTRATO:

CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

HISTORIA DE LA MAQUINA	ITEM DE REVISION	N/A	LUNES BIEN	LUNES MAL	MARTES BIEN	MARTES MAL	MIERC. BIEN	MIERC. MAL	JUEVES BIEN	JUEVES MAL	VIERNES BIEN	VIERNES MAL	SABADO BIEN	SABADO MAL	DOMINGO BIEN	DOMINGO MAL
ELECTRICO / TABLERO DE CONTROL	Funcionamiento y aspecto de la bateria, bornes y cables		✓		✓		✓		✓							
	Indicador de temperatura		✓		✓		✓		✓							
	Indicador de aceite		✓		✓		✓		✓							
	Indicador de bateria		✓		✓		✓		✓							
	indicador de refrigerante		✓		✓		✓		✓							
	indicador de combustible		✓		✓		✓		✓							
	indicador de filtro de aire		✓		✓		✓		✓							
	*Horometro		✓		✓		✓		✓							
LUCES	*Frontales de trabajo		✓		✓		✓		✓							
	*Traseras de trabajo (Reflector)		✓		✓		✓		✓							
	Señales de giro (derecha, izquierda)		✓		✓		✓		✓							
	*Baliza		✓		✓		✓		✓							
HIDRAULICO	*Nivel de aceite del motor (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓							
	*Nivel de aceite en la transmisión (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓							
	*Nivel del sistema hidraulico (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓							
	*Nivel del liquido de refrigerante del sistema de enfriamiento (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓							
	*Mangueras, tubos , conexiones y retenes (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓							
GENERAL	*Espejo central convex		✓		✓		✓		✓							
	*Espejos laterales		✓		✓		✓		✓							
	*Alarma de retroceso		✓		✓		✓		✓							
	Pito		✓		✓		✓		✓							
	* Freno de servicio		✓		✓		✓		✓							
	* Freno de estacionamiento		✓		✓		✓		✓							
	*Cinturones de seguridad		✓		✓		✓		✓							
	Visor Panorámico			✓		✓		✓		✓						
	*Kit para Derrames															
	*Extintor de incendios Capacidad		✓		✓		✓		✓							
	*Cabina antivuelco (R.O.P.S)		✓		✓		✓		✓							
	Aparato		✓		✓		✓		✓							
	Excelentes y apoyos de acceso		✓		✓		✓		✓							
	Llantas buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)		✓		✓		✓		✓							
	Presión de aire de las llantas		✓		✓		✓		✓							
MECANICO	* Servotransmisión		✓		✓		✓		✓							
	* Dirección		✓		✓		✓		✓							
	Estado de pasadores		✓		✓		✓		✓							
	Estado y tensión de las correas		✓		✓		✓		✓							
	Estado de pedales		✓		✓		✓		✓							
	Estado de Orugas (tensionadas)	✓														
	Mecanismo de giro y escualización cuchillas		✓		✓		✓		✓							
	Estado de las Hojas de empuje o Niveladoras		✓		✓		✓		✓							
	Mecanismo de giro (Tornamesa)		✓		✓		✓		✓							
	*Bomba Hidráulica		✓		✓		✓		✓							
	Corona de tornamesa en buen estado		✓		✓		✓		✓							
	*Mandos de avance		✓		✓		✓		✓							
	* Mando de estacionamiento		✓		✓		✓		✓							
	Estado general escarificador (dados)		✓		✓		✓		✓							
	*Mandos de levante del brazo		✓		✓		✓		✓							
	Estado de filtro de aire		✓		✓		✓		✓							
	Estado de filtro de combustible		✓		✓		✓		✓							
	Pasadores y tornillos en buen estado		✓		✓		✓		✓							
	* Estado de cilindro (amortiguadores)		✓		✓		✓		✓							
	* Resguardos		✓		✓		✓		✓							
	Amdajes de contrapeso		✓		✓		✓		✓							
	Guarnicas		✓		✓		✓		✓							
	Estado del bastidor		✓		✓		✓		✓							
	Ausencia de ruidos extraños en el motor		✓		✓		✓		✓							
	*Motor sin ruidos		✓		✓		✓		✓							
	Escape (Humo de escape)		✓		✓		✓		✓							
	Operador: Firma		Dubar		Dubar		Dubar		Dubar							
	Autorización para uso de Maquina por Ing. Residente: Firma															

DIA	OBSERVACIONES
LUNES	
MARTES	
MIERCOLES	
JUEVES	
VIERNES	
SABADO	
DOMINGO	

El mantenimiento de cualquiera de los ítems (*) relacionados en el registro debe ser ejecutado por personal idóneo.

Para el diligenciamiento de este formato se deben tener en cuenta las siguientes instrucciones: [illegible]

CONFORMIDAD DE OPERACIÓN Y AL OPERADOR

Con el presente registro se dispone que el equipo se encuentra en condiciones de operación [illegible]

REV. N. | TIPO: [illegible] | REGISTRO: [illegible] | PERIODO: [illegible] | CAPACIDAD: [illegible] | BUENO: B MALO: M | S.S.: No aplica

(Firma) Stephanny. (Nombre) Auxiliar SST

Vo. Bo. (Firma) (Nombre) Coordinador SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INSPECCIÓN DE MAQUINAS	COD: SST F029
		VERSION 1

PROYECTO: "CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

EQUIPO A INSPECCIONAR Minicargador

OPERADOR: Andrés Daguer **FECHA:** 20/08/2024

(V) Satisfactorio **(X) No satisfactorio** **(N) No aplica**

RESPECTO A LA MAQUINARIA		CONOCE Y CUMPLE CON LAS SIGUIENTES MEDIDAS EL OPERADOR	
- Autorización de chequeo para operador y máquina	(V)	- Controla límites de carga – volumen	(V)
- Estado de orugas o llantas	(V)	- Inspecciona diariamente el equipo	(V)
- El sistema hidráulico no tiene fugas	(V)	- Lleva registros de inspección y mantenimiento	(V)
Estado de mangueras y acoples para el sistema hidráulico y neumático	(V)	- Verifica que el área esté despejada antes de iniciar trabajos.	(V)
- Estado de cabina, guardas	(V)	- No transporta pasajeros en la cabina y/o iniciar trabajos	(V)
- Estado guardas de protección	(V)	- No transporta pasajeros en la cabina y/o cucharón	(V)
- Condiciones de los frenos	(V)	- No mueve cargas sobre los trabajadores	(V)
- Estado de instrumentos y mandos	(V)	- Arranca y para suavemente la carga	(V)
- Estado del pito	(V)	- No excede la velocidad	(V)
- Alarma de retroceso	(V)	- No corre distancias largas con el cucharón o pala arriba	(V)
- Estado de las luces	(V)	- No deja la máquina prendida en pendiente.	(V)
- Estado de limpia-brisas	(V)	- Estaciona fuera del camino y en terreno nivelado	(V)
- Estado del freno de emergencia	(V)	- Deja el equipo asegurado para impedir su movimiento	(V)
- Estado de lubricación	(V)	- Para el motor antes de cargar combustible	(V)
- Estado de cuchilla y soporte	(V)	- Instala señales de advertencia a la carga que sobresale	(V)
- Estado de cargador y balde	(V)	- Verifica en el área existencia de tuberías, cableado eléctrico o ductos.	(V)
- Estado de retrovisores	(V)	- Emplea el lenguaje de señales con sus ayudantes	(V)
- Estado malacates o diferenciales	(V)	OTROS:	
- Está dotado de banderas de señalización	(X)	- Retiro de elementos innecesarios	( )
- Está dotado de extintor	(X)	**ACCION CORRECTIVA**	
- La cabina está despejada y no se almacenan combustibles en ella.	(V)		
- La maquinaria está correctamente pinada y los pasadores se encuentran en buen estado.	(V)		
- El tanque de combustible no presenta fugas y está dotado de su tapa.	(V)		

APROBADO	SI		NO		FIRMA SST
FIRMA OPERADOR					Stephanny Garay.

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INSPECCIÓN DE MAQUINAS	COD: SST F029
		VERSION 1

PROYECTO: "CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

EQUIPO A INSPECCIONAR Minicargador

OPERADOR: Iván Salgado **FECHA:** 20/08/2024

(V) Satisfactorio **(X) No satisfactorio** **(N) No aplica**

RESPECTO A LA MAQUINARIA		CONOCE Y CUMPLE CON LAS SIGUIENTES MEDIDAS EL OPERADOR	
- Autorización de chequeo para operador y máquina	(√)	- Controla límites de carga – volumen	(√)
- Estado de orugas o llantas	(√)	- Inspecciona diariamente el equipo	(√)
- El sistema hidráulico no tiene fugas	(√)	- Lleva registros de inspección y mantenimiento	(√)
Estado de mangueras y acoples para el sistema hidráulico y neumático	(√)	- Verifica que el área esté despejada antes de iniciar trabajos.	(√)
- Estado de cabina, guardas	(√)	- No transporta pasajeros en la cabina y/o iniciar trabajos	(√)
- Estado guardas de protección	(√)	- No transporta pasajeros en la cabina y/o cucharón	(√)
- Condiciones de los frenos	(√)	- No mueve cargas sobre los trabajadores	(√)
- Estado de instrumentos y mandos	(√)	- Arranca y para suavemente la carga	(√)
- Estado del pito	(√)	- No excede la velocidad	(√)
- Alarma de retroceso	(X)	- No corre distancias largas con el cucharón o pala arriba	(√)
- Estado de las luces	(√)	- No deja la máquina prendida en pendiente.	(√)
- Estado de limpia-brisas	(N)	- Estaciona fuera del camino y en terreno nivelado	(√)
- Estado del freno de emergencia	(√)	- Deja el equipo asegurado para impedir su movimiento	(√)
- Estado de lubricación	(√)	- Para el motor antes de cargar combustible	(√)
- Estado de cuchilla y soporte	(N)	- Instala señales de advertencia a la carga que sobresale	(√)
- Estado de cargador y balde	(√)	- Verifica en el área existencia de tuberías, cableado eléctrico o ductos.	(√)
- Estado de retrovisores	(N)	- Emplea el lenguaje de señales con sus ayudantes	(√)
- Estado malacates o diferenciales	(N)	OTROS:	
- Está dotado de banderas de señalización	(X)	- Retiro de elementos innecesarios	( )
- Está dotado de extintor	(X)	**ACCION CORRECTIVA**	
- La cabina está despejada y no se almacenan combustibles en ella.	(√)		
- La maquinaria está correctamente pinada y los pasadores se encuentran en buen estado.	(√)		
- El tanque de combustible no presenta fugas y está dotado de su tapa.	(√)		

APROBADO SI		NO		FIRMA SST
FIRMA OPERADOR Ivan Salgado cruz 1067855732				Stephanny Garay

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INSPECCIÓN DE MAQUINAS	COD: SST F029
		VERSION 1

PROYECTO: "CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

EQUIPO A INSPECCIONAR Retro Excavadora

OPERADOR: Jairo Flórez **FECHA:** 20/08/2024

(V) Satisfactorio **(X) No satisfactorio** **(N) No aplica**

RESPECTO A LA MAQUINARIA		CONOCE Y CUMPLE CON LAS SIGUIENTES MEDIDAS EL OPERADOR	
- Autorización de chequeo para operador y máquina	(V)	- Controla límites de carga – volumen	(V)
- Estado de orugas o llantas	(V)	- Inspecciona diariamente el equipo	(V)
- El sistema hidráulico no tiene fugas	(V)	- Lleva registros de inspección y mantenimiento	(V)
Estado de mangueras y acoples para el sistema hidráulico y neumático	(V)	- Verifica que el área esté despejada antes de iniciar trabajos.	(V)
- Estado de cabina, guardas	(V)	- No transporta pasajeros en la cabina y/o iniciar trabajos	(V)
- Estado guardas de protección	(V)	- No transporta pasajeros en la cabina y/o cucharón	(V)
- Condiciones de los frenos	(V)	- No mueve cargas sobre los trabajadores	(V)
- Estado de instrumentos y mandos	(V)	- Arranca y para suavemente la carga	(V)
- Estado del pito	(V)	- No excede la velocidad	(V)
- Alarma de retroceso	(V)	- No corre distancias largas con el cucharón o pala arriba	(V)
- Estado de las luces	(V)	- No deja la máquina prendida en pendiente.	(V)
- Estado de limpia-brisas	(V)	- Estaciona fuera del camino y en terreno nivelado	(V)
- Estado del freno de emergencia	(V)	- Deja el equipo asegurado para impedir su movimiento	(V)
- Estado de lubricación	(V)	- Para el motor antes de cargar combustible	(V)
- Estado de cuchilla y soporte	(V)	- Instala señales de advertencia a la carga que sobresale	(V)
- Estado de cargador y balde	(V)	- Verifica en el área existencia de tuberías, cableado eléctrico o ductos.	(V)
- Estado de retrovisores	(V)	- Emplea el lenguaje de señales con sus ayudantes	(V)
- Estado malacates o diferenciales	(V)	OTROS:	
- Está dotado de banderas de señalización	(V)	- Retiro de elementos innecesarios	( )
- Está dotado de extintor	(V)	**ACCION CORRECTIVA**	
- La cabina está despejada y no se almacenan combustibles en ella.	(V)		
- La maquinaria está correctamente pinada y los pasadores se encuentran en buen estado.	(V)		
- El tanque de combustible no presenta fugas y está dotado de su tapa.	(V)		

APROBADO	SI	✓	NO		FIRMA SST
FIRMA OPERADOR					Stephanny Garay

Anexo 15, Inspección – listado de sustancias químicas

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INVENTARIO E INSPECCION SUSTANCIAS QUIMICAS	Version. 1 Cod: SST-F11 Pag. 1 de 1

PROYECTO:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
AREA O FRENTE INSPECCIONADO:	Frente de Obra.
FECHA INSPECCION:	20/07/2024.

LISTADO DE SUSTANCIAS QUIMICAS	Nº	INSPECCION DE SUSTANCIAS QUIMICAS	SI	NO	ACCIONES DE MEJORA	OBSERVACIONES
Gasolina	1	El piso del depósito de productos químicos es plano, para un manejo sencillo y seguro y evitar derrames	✓			
ACPM.	2	Está suficientemente identificado y correctamente señalizado las sustancias químicas	✓			
Sika.	3	Se dispone de las fichas de seguridad de todas las sustancias químicas que se utilizan	✓			
Cemento	4	Las hojas de seguridad del producto químico están ubicadas en un lugar visible en el área donde se están almacenando.	✓			
	5	Las personas que manipulan las Sustancias Químicas cuentan con los respectivos EPP (guantes, tapabocas con cartuchos, monogafas)	✓			
	6	Conocen las personas que tienen contacto con las sustancias químicas las hojas de seguridad.	✓			
	7	Se cumplen con las indicaciones de almacenaje de las sustancias químicas según las hojas de seguridad que entregan los proveedores.				
	8	Se almacenan las sustancias químicas agrupando los que tienen riesgos comunes y evitando proximidad con incompatibles.				
	9	Los estantes donde se almacenan las sustancias químicas están debidamente anclados para evitar derrames.	✓			
	10	Son totalmente seguros los envases de sustancias químicas que se utilizan	✓			
	11	Los residuos de envases de productos químicos se almacenan y disponen adecuadamente.	✓			
	12	Se evita transvasar productos químicos a otros envases y si se realiza, se etiqueta o rotula.	✓			
	13	El Cuarto de almacenamiento cuenta con suficiente iluminación y ventilación.		✓		
	14	El cuarto de almacenamiento debe tener paredes y pisos impermeables de fácil limpieza.		✓		
	15	Se cuenta con Kits antiderrames para controlar un eventos por derrames de Sustancias Químicas	✓			
	16	Se cuenta con mínimo 1 extintor multiproposito ABC en el frente de obra o lugar de almacenamiento en caso de incendio.	✓			
	17	Se transportan las sustancias químicas teniendo encuenta las indicaciondes de la ficha tecnica.		✓		
	18	Se manipulan las sustancias químicas a distancia de cualquier equipo electico o electronico que puedan general chispas o energia estatica.	✓			
	19	Se controla el acceso al espacio donde se deponen las sustancias químicas (PROHIBIDO ENTRADA)		✓		

RESPONSABLES:	
FIRMA COORDINADOR SST	Stephanny Gonay FIRMA AUXILIAR SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INVENTARIO E INSPECCION SUSTANCIAS QUIMICAS	Version. 1 Cod: SST-F11 Pag. 1 de 1

PROYECTO:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
AREA O FRENTE INSPECCIONADO:	Frente de Obra.
FECHA INSPECCION:	20 Agosto 2024

LISTADO DE SUSTANCIAS QUIMICAS	N°	INSPECCION DE SUSTANCIAS QUIMICAS	SI	NO	ACCIONES DE MEJORA	OBSERVACIONES
ACPM	1	El piso del depósito de productos químicos es plano, para un manejo sencillo y seguro y evitar derrames	✓			
GASOLINA. Comento	2	Está suficientemente identificado y correctamente señalizado las sustancias químicas		✓		Se esta construyendo el almacen
	3	Se dispone de las fichas de seguridad de todas las sustancias químicas que se utilizan	✓			
	4	Las hojas de seguridad del producto químico están ubicadas en un lugar visible en el área donde se están almacenando.		✓		
	5	Las personas que manipulan las Sustancias Químicas, cuentan con los respectivos EPP (guantes, tapabocas con cartuchos, monogafas)	✓			
	6	Conocen las personas que tienen contacto con las sustancias químicas las hojas de seguridad.	✓			
	7	Se cumplen con las indicaciones de almacenaje de las sustancias químicas según las hojas de seguridad que entregan los proveedores.	✓			
	8	Se almacenan las sustancias químicas agrupando los que tienen riesgos comunes y evitando proximidad con incompatibles.		✓		
	9	Los estantes donde se almacenan las sustancias químicas están debidamente anclados para evitar derrames.	✓			
	10	Son totalmente seguros los envases de sustancias químicas que se utilizan	✓			
	11	Los residuos de envases de productos químicos se almacenan y disponen adecuadamente.	✓			
	12	Se evita transvasar productos químicos a otros envases y si se realiza, se etiqueta o rotula.	✓			
	13	El Cuarto de almacenamiento cuenta con suficiente iluminación y ventilación.	✓			
	14	El cuarto de almacenamiento debe tener paredes y pisos impermeables de fácil limpieza.	✓			
	15	Se cuenta con Kits antiderrames para controlar un eventos por derrames de Sustancias Químicas	✓			
	16	Se cuenta con mínimo 1 extintor multiproposito ABC en el frente de obra o lugar de almacenamiento en caso de incendio.	✓			
	17	Se transportan las sustancias químicas teniendo encuenta las indicaciondes de la ficha tecnica.	✓			
	18	Se manipulan las sustancias quimicas a distancia de cualquier equipo electrico o electronico que puedan generar chispas o energia estatica.	✓			
	19	Se controla el acceso al espacio donde se deponen las sustancias químicas (PROHIBIDO ENTRADA)	✓			

RESPONSABLES:	
FIRMA COORDINADOR SST	Stephanny Garay FIRMA AUXILIAR SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	VERSION 1
	INSPECCION KIT ANTIDERRAME	SST COD F034
		PAG. 1 DE 1

Proyecto: CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

DATOS BÁSICOS				KIT ANTIDERRAME / KIT ANTIDERRAME EN VEHÍCULOS															
N° IDENTIFICACIÓN DEL KIT / UBICACIÓN:				Campamento.															
FECHA INSPECCIÓN:				05/08/24.			12/08/24.			19/08/24			26/08/24			dd/mm/aa		
N°	COMPONENTES	Unidad	Cantidad Mínima	B	M	F	B	M	F	B	M	F	B	M	F	B	M	F
1	Ubicación (Protección condiciones ambientales)			✓			✓			✓			✓					
2	Señalización y visibilidad				✓			✓			✓							
3	Acceso (facilidad de puesta en uso - no cerrados; no obstáculos en el área para acceso)			✓			✓			✓			✓					
4	Estado de empaque (maletín o bami...)			✓			✓			✓			✓					
5	Maletín / Contenedor			✓			✓			✓			✓					
6	Bolsas Rojas	3		✓			✓			✓			✓					
7	Paño Absorbente tela Oleofilica	1		✓			✓			✓			✓					
8	Pala plástica	1		✓			✓			✓			✓					
9	Cinta de Señalización	1		✓			✓			✓			✓					
10	Etiquetas de residuos peligrosos	0			✓	✓			✓			✓			✓			
11	Overol Tyvek					✓			✓			✓			✓			
12	Gafas de seguridad	1		✓			✓			✓			✓					
13	Guantes de Nitrilo	1		✓			✓			✓			✓					
14	Mascarilla protección vapores orgánicos	1		✓			✓			✓			✓					
15	Otros			✓			✓			✓			✓					

Convenciones: B : Bueno; M: Malo o defectuoso; F: Faltante *En caso de que algún componente no exista debido a que no es parte constituyente del tipo de kit antiderrame, marcar N.A. (No Aplica) en la casilla B

FIRMA DE INSPECTOR:	Stephanny	Stephanny.	Stephanny	Stephanny.	
CUMPLIMIENTO: Yo como autoridad en SST del área he verificado que el elemento inspeccionado cumple para permanecer en sitio	SI ✓ / NO (Debe ser retirado del área y notificado a mi jefe inmediato)	SI ✓ / NO (Debe ser retirado del área y notificado a mi jefe inmediato)	SI / NO (Debe ser retirado del área y notificado a mi jefe inmediato)	SI / NO (Debe ser retirado del área y notificado a mi jefe inmediato)	SI / NO (Debe ser retirado del área y notificado a mi jefe inmediato)

OBSERVACIONES					
Descripción					

Anexo 16, Listado máquina, vehículo, herramientas y equipos.

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Version. 1
	INVENTARIO E INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS Y EQUIPOS	Cod: SST-F15
		Pag. 1 de 1

PROTECTO:	**CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE**

FECHA DE INSPECCIÓN:	**30/08/2024**

HERRAMIENTA / EQUIPOS	CANTIDAD	ESTADO	
		CANT. BUENO	CANT. DEFECTUOSA
PALAS REDONDAS	**28**	**28**	
PALAS CUADRADAS	**7**	**7**	
CARRETILLAS/BUGGYS	**10**	**10**	
PICOS	**10**	**10**	
BARRAS	**8**	**8**	
PULIDORAS	**1**	**1**	
MEZCLADORAS	**2**	**2**	
VIBROCOMPACTADOR	**1**	**1**	
RANA	**1**	**1**	
PALADRAGA	**3**	**2**	**1**
SEGUETA	**0**	**0**	
MACHETE	**1**	**1**	
MARTILLOS	**0**	**0**	
MONA	**1**	**1**	
CANGURO	**1**	**1**	
EXTENSIONES	**4**	**4**	
SUMERGIBLE	**1**	**1**	
ELECTROBOMBA	**1**	**1**	
CILINDRO	**4**	**4**	
PALINES	**5**	**5**	
MANGUERA NIVEL	**1**	**1**	

RESPONSABLES	
NOMBRE	NOMBRE
FIRMA COORDINADOR SST	FIRMA AUXILIAR SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	RELACIÓN MAQUINAS	Versión. 1 Cod: SST- F05 Pag. 1 de 1

PROYECTO:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

FECHA SEGUIMIENTO	20 Agosto 2024

Ítem.	TIPO DE MAQUINA	FRENTE	OPERADOR	MARCA	TIPO DE VINCUALACION
1	Retrocargador	Obra	Joan Dayan Guerra	Cat.	Subcontratado
2	Retro excavadora	Obra	Moraldo Quiñonez	Kato.	Subcontratista.
3	Minicargador	Obra.	Andres Dabuer Guevara.	Case	Subcontratista.
4	Minicargador	Obra	Iván Salgado.	New Holland	Vinculación Directa.
5	Retrocargador	Obra.	Deiber Cogollo Alvarez	HYUNDAI	Subcontratista.

OBSERVACION GENERAL:	

FIRMA COORDINADOR SST	Stephanny Garay. FIRMA AUXILIAR SST

Anexo 17, Documento maquina y vehículo

REPÚBLICA DE COLOMBIA

DIAN

Declaración de Importación

Privada

500

1. Año **2023**

Espacio reservado para la DIAN (Antes de diligenciar este formulario lea cuidadosamente las instrucciones)

4. Número de formulario

352023000176079-9

Importador

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 890903024 | 6. DV: 1 | 11. Apellidos y nombres o Razón Social: COMERCIAL INTERNACIONAL DE EQUIPOS Y MAQUINARIA S. A.S.

13. Dirección: CL 11 SUR CR 50 50 | 15. Teléfono: 3767077 | 12. Cód. Admón.: 35 | 16. Cód. Dpto: 05 | 17. Cód. Ciudad Municipio: 001

Declarante

24. Número de Identificación Tributaria (NIT): 800143377 | 25. DV: 7 | 26. Razón social del declarante autorizado: AGENCIA DE ADUANAS ADUANIMEX S.A - NIVEL1 | 27. Tipo usuario: 26 | 28. Cód. usuario: 0176

29. Número documento de identificación: 31380923 | 30. Apellidos y nombres: Virginia Mosquera Moreno

31. Clase Importador	32. Tipo declaración	33. Cod.	34.No.Formulario Anterior	35. Año - Mes - Día	36. Cod. Admón.	37. Declaración de Exportación No.	38. Año - Mes - Día	39. Cod. Admón.
02	Inicial	1	XXXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX	XXXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX

40. Cod. lugar ingreso de las mercancías	41. Cod. Depósito	42. Manifiesto de carga	43. Año - Mes - Día	44. Documento de transporte	45. Año - Mes - Día
BUN	25136	No. 116575013318650	2023 - 04 - 19	No. ESSAPUS23032084	2023 - 03 - 28

46. Nombre exportador o proveedor en el exterior: HYUNDAI CORPORATION | 47. Ciudad: SEOUL | 48. Cod.País Exportador: 190

49. Dirección exportador o proveedor en el exterior: 25, YULGOK-RO 2-GIL, JONGNO-GU | 50. E-mail: 82-2-390-1114

51. No. de factura	52. Año - Mes - Día	53. Cod. país procedencia	54. Cod. Modo Transporte	55. Código de Bandera	56. Cod. Depto destino	57. Empresa transportadora	58. Tasa de cambio $ cvs.
CV23CAS0116010	2023 - 03 - 28	190	1	434	5	MAERSK COLOMBIA S.A	4,535.78

S

59. Subpartida arancelaria	60. Cod. Complementario	61. Cod. Suplementario	62. Cod. Modalidad	63. No. cuotas o meses	64. Valor cuota USD	65. Periodicidad del pago de la cuota	66. Cod. país de origen	67. Cod. Acuerdo
8429590000	XX	XX	C100	XX	XXXX	XX	190	XXX

68. Forma de pago de la importación	69. Tipo de importación	70. Cod. país compra	71. Peso bruto kgs.	dcms.	72. Peso neto kgs.	dcms.	73. Código embalaje	74. No. bultos	75. Subpartidas	76. Cod. unidad comercial	77. Cantidad dcms.
05	01	190		7,607.00		7,605.00	PK	97	1	U	1.00

78.Valor FOB USD	79. Valor fletes USD
69,380.00	1,685.18

80. Valor Seguros USD	81. Valor Otros Gastos USD
33.40	0.00

82. Sumatoria de fletes, seguros y otros gastos USD	83. Ajuste valor USD
1,718.58	0.00

84. Valor aduana USD	85. Código registro o licencia	86. Número
71,098.58	X	XXXXXXXXXX

87. Cod. oficina	88. Año	89. Programa No	90. Cód Interno del Producto
98	XXXX	XXXXXXXXXX	0

Autoliquidación

Concepto	%	Base	Total Liquidado ($)	Total a pagar con esta declaración ($)	Total Liquidado (USD)
Arancel	0.00	322,487,517	0	0	0
I.V.A.	19.00	322,487,517	61,273,000	0	0
Salvaguardia	0.00	0	0	0	0
Derechos Compensatorios	0.00	0	0	0	0
Derechos Antidumping	0.00	0	0	0	0
Sancion	0	0	0	0	
Rescate	0	0	0	0	
		Total	61,273,000		0

91. Descripción de las mercancías (No inicie la descripción de las mercancías a importar con lo señalado en el arancel de aduanas en la subpartida arancelaria - incluya marcas, seriales y otros) (Si el campo es insuficiente, continúe al respaldo de este formulario) CÓDIGO OEA IMPORTADOR NO: OE0374 DO: M0263027MDE-BUN PEDIDO NRO MAQ20230010-H - HYUNDAI 0135 DECLARACION 3 de 11 Nro. Factura C V23CAS01 16010 - 28/03/2023 - - ITEM NRO 3 NÚMERO DE CHASIS/NUMERO VIN: HHKHU601LU0001578, NÚMERO DE MOTOR: RG75486*R049569H, MODE LO/LINEA/REFERENCIA: H940C, PRODU CTO: RETROEXCAVADORA, MARCA: HYUNDAI, ANO MODELO: 2023, COLOR: AMARILLO, USO O DESTINO: CONS TRUCCION // INCLUYE PARTES Y ACCESORIOS PARA CORRECTO ENSAMBLE Y NORMAL FUNCIONAMIENTO// PAIS DE ORIGEN COREA DEL SUR REPUB,CODIG O PAIS : 190 - CANTIDAD 1 - Unidades . . . // NOS ACOGEMOS AL DECRETO NÚMERO 272 DE 201 8, MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TUR ISMO DECRETO NÚMERO 1881 DE 2021, MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO ARTÍCULO 2// RESOLUCIÓN NO. (conti núa al respaldo)

127. Valor pagos anteriores: 0	128. Recibo oficial de pago anterior No.: XXXXXXXXXXXXXX	129. Fecha: XXXX XX XX
130. Espacio reservado DIAN - Actuación aduanera Estado de levante: Levante automático No hay declaración posterior	131. Espacio reservado uso exclusivo Ministerio de Relaciones Exteriores	132. No. Aceptación declaración 352023000176079 133. Feha: 2023 04 25

134. Levante No. 352023000158964	135. Fecha	Firma funcionario responsable	136. Nombre 137. C.C. No.
	2023 - 04 - 25		

Firma declarante	997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora (Fecha efectiva de la transacción) Coloque el timbre de la máquina registradora al dorso de este formulario	980. Pago Total $ 0 995. Espacio para autpachesivo de la entidad recaudadora (Número del adhesivo) SYGA Autoadhesivo 92352300852961 Fecha presentación 2023-04-25 14:29:38 Valor pagado $0

Fecha de Impresión: 2023-04-25 15:43:00

20232526710956

DIAN

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MUISCA

Declaración de Importación

Aceptación : 352023000176079-9
Subpartida : 8429590000

105. Continuación descripción mercancías (Incluya marcas, seriales y otros) 005742 DEL 14/07/2022, POR LA CUAL SE AUTORIZA A LA SOCIEDAD COMERCIAL INTERNACIONAL DE EQUIPOS Y MAQUINARIA S.A.S COMO OPERADOR ECONOMICO AUTORIZADO PARA EL TIPO DE USUARIO IMPORTADOR //XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

352023000176079-9

Espacio para uso exclusivo de la Entidad Recaudadora



REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

MINISTERIO DE TRANSPORTE

TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

No. 120770

No. DE REGISTRO	MARCA	LINEA	AÑO MODELO
MC663572	CASE	SR220B	2024

TIPO DE MAQUINARIA	CLASE	No. SERIE
CONSTRUCCION	MINICARGADOR	JAFSR220EPM428816

COLOR(ES)	No. MOTOR	RODAJE
NARANJA	684645	NEUMATICOS

PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS

PESO	ALTO	ANCHO	LARGO
3520 Kg	2000 mm	2130 mm	3600 mm

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
QUINTERO DIAZ ENRIQUE DAVID	C.C. 1.067.286.288

LOCATARIO APELLIDO(S) NOMBRE(S)

IDENTIFICACIÓN



LIMITACIONES A LA PROPIEDAD

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STRIA TTEYTTO ENVIGADO

FECHA REGISTRO	FECHA EXPEDICIÓN	FECHA VENCIMIENTO
19-09-2023	19-09-2023	******
ORIGEN	**DEC. IMPORTACIÓN**	**FECHA DE LEVANTE**
IMPORTACIÓN	482023000485005	15/08/2023

ESTA TARJETA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

TM03000057686

Servicios Integrales 61733.7.0-1 06/22

1. Datos Automotor

1.1 Datos Vehiculos

Número único de identificación:	MC663572	Clase:	MINICARGADOR
Marca:	CASE	Linea:	SR220B
Tipo de carroceria:	SIN CARROCERIA	Color:	NARANJA
Modelo:	2024	Cilindraje:	3200
Carga útil maxima:	0	Nro. motor	684645
Nro. serie	JAFSR220EPM428816	Nro. chasis	JAFSR220EPM428816
Nro. VIN:		Subpartida arancelaria:	8429510000
Tipo de cabina:	NO APLICA	Tipo de maquinaria:	CONSTRUCCION
Nro. de ejes:	0	Largo:	3600.0
Alto:	2000.0	Ancho:	2130.0
Peso bruto vehicular	3520.0	Rodaje:	NEUMATICOS
Fecha matricula inicial:		Estado del vehículo:	REGISTRADO
Nro. de identificación o serie del GPS de proveedor nacional:	RAS90CK13297	Empresa de habilitación del dispositivo GPS de proveedor nacional:	RASTRACK S.A.S
Nro. de IMEI del GPS de proveedor nacional:	865413051776192	Tipo de dispositivo de proveedor nacional:	2
Origen del registro:	Importación		

Cancelar

Rastrack S.A.S.
Administración Satelital de Vehículos

CERTIFICACIÓN

RASTRACK S.A.S. con NIT 830.126.626-3 certifica que la empresa PARTEQUIPOS MAQUINARIA S.A.S con identificación No. 830116807, posee un dispositivo de Monitoreo y Localización GPRS en la máquina relacionada a continuación:

CHASSIS	CLASE	MARCA	MOTOR	SERIAL GPS
JAFSR220EPM428816	MINICARGADOR	CASE	684645	RAS90CK13297

CHASSIS	INSTALACION	IMEI GPS	TIPO DE DISPOSITIVO	ORIGEN DEL GPS
JAFSR220EPM428816	Instalada 08-08-2023	865413051776192	GPRS	NACIONAL

Estimado Cliente: para efectos de movilización de maquinaria amarilla, recuerde validar antes de iniciar el viaje, que su equipo de monitoreo se encuentra reportando y que su máquina cuente con la placa de identificación de monitoreo Rastrack.

Se expide el día sábado 09 de septiembre de 2023

Cordialmente,

Gina Pérez
Servicio al cliente
Rastrack S.A.S

REPÚBLICA DE COLOMBIA

DIAN

Declaración de Importación

Privada

500

1. Año **2023**

Espacio reservado para la DIAN (Antes de diligenciar este formulario lea cuidadosamente las instrucciones)

4. Número de formulario

482023000485005-2

Importador

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV.	11. Apellidos y nombres o Razón Social
830116807	7	PARTEQUIPOS MAQUINARIA S.A.S

13. Dirección	15. Teléfono	12. Cód. Admón.	16. Cód. Dpto	17. Cód. Ciudad Municipio
DG 16 96 G 85 FONTIBON	4926260	48	11	001

Declarante

24. Número de Identificación Tributaria (NIT)	25. DV.	26. Razón social del declarante autorizado	27. Tipo usuario	28. Cód. usuario
830008623	6	AGENCIA DE ADUANAS HECADUANAS SAS NIVEL 1	26	0261

29. Número documento de identificación	30. Apellidos y nombres
45547490	CABRERA MACIAS ERIKA PATRICIA

31. Clase Importador	32. Tipo declaración	33. Cod.	34.No.Formulario Anterior	35. Año - Mes - Día	36. Cod. Admón.	37. Declaración de Exportación	38. Año - Mes - Día	39. Cod. Admón.
02	Inicial	1	XXXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX	No. XXXXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX

40. Cod. lugar ingreso de las mercancías	41. Cod. Depósito	42. Manifiesto de carga	43. Año - Mes - Día	44. Documento de transporte	45. Año - Mes - Día
CTG	99900	No. 116575013642796	2023 - 08 - 13	No. 230750100015	2023 - 08 - 03

46. Nombre exportador o proveedor en el exterior	47. Ciudad	48. Cod.País Exportador
CNHI INTERNATIONAL SA	LUGANO	767

49. Dirección exportador o proveedor en el exterior	50. E-mail
RIVA PARAISO 14 - LUGANO	41919853711

51. No. de factura	52. Año - Mes - Día	53. Cod. país procedencia	54. Cod. Modo Transporte	55. Código de Bandera	56. Cod. Depto destino	57. Empresa transportadora	58. Tasa de cambio $ evs.
2351064798	2023 - 06 - 28	249	1	434	11	MAERSK COLOMBIA S.A	3,955.23

S	59. Subpartida arancelaria	60. Cod. Complementario	61. Cod. Suplementario	62. Cod. Modalidad	63. No. cuotas o meses	64. Valor cuota USD	65. Periodicidad del pago de la cuota	66. Cod. país de origen	67. Cod. Acuerdo
	8429510000	XX	XX	C102	XX	XXXX	XX	249	XXX

68. Forma de pago de la importación	69. Tipo de importación	70. Cod. país compra	71. Peso bruto kgs.	dems.	72. Peso neto kgs.	dems.	73. Código embalaje	74. No. bultos	75. Subpartidas	76. Cod. unidad comercial	77. Cantidad dems.
01	01	767		3,515.99		3,515.99	YY	8	8	u	1.00

78. Valor FOB USD	79. Valor fletes USD

80. Valor Seguros USD	81. Valor Otros Gastos USD
	0.00

82. Sumatoria de fletes, seguros y otros gastos USD	83. Ajuste valor USD
	0.00

84. Valor aduana USD	85. Código registro o licencia	86. Número
	X	XXXXXXXXXX

87. Cod. oficina	88. Año	89. Programa No	90. Cód Interno del Producto
99	XXXX	XXXXXXXXXX	0

Autoliquidación

Concepto	%	Base	Total Liquidado ($)	Total a pagar con esta declaración ($)	Total Liquidado (USD)
Arancel	92 0.00	93	94 0	95 0	96 0
I.V.A.	97 5.00	98	99	100 0	101 0
Salvaguardia	102 0.00	103 0	104 0	105 0	106 0
Derechos Compensatorios	107 0.00	108 0	109 0	110 0	111 0
Derechos Antidumping	112 0.00	113 0	114 0	115 0	116 0
Sanción	117 0	118 0	119 0	120 0	
Rescate	121 0	122 0	123 0	124 0	
		Total	125		126 0

91. Descripción de las mercancías(No inicie la descripción de las mercancías a importar con lo señalado en el arancel de aduanas en la subpartida arancelaria - Incluya marcas, seriales y otros) (Si el campo es insuficiente, continúe al respaldo de este formulario)

DO 207177423. Operador economico: OE0346. Pedido Tramite: MQ420. Declaracion(7-8). NOS ACOGEMOS AL DECRETO 0925 DEL 09-MAYO DEL 2013, NOS ACOGEMOS A LA RESOLUCION 057 DEL 13 DE ABRIL DE 2015,NOS ACOGEMOS A LA RESOLUCION 046 DE 2019, ARTICULO 124 N. 4.1, MERCANCIA NUEVA, CON PARTES Y ACCESORIOS PARA SU ARMADO YNORMAL FUNCIONAMIENTO//NOS ACOGEMOS AL ESTATUTO TRIBUTARIO ARTICULO 468-1//. Cant (1) UNIDADES Producto: MINICARGADOR FRONTAL SOBRE RUEDAS. Marca: CASE. Modelo: SR220B. Referencia: SR220B. Serial: JAFSR220EPM428816. Uso o destino: EQUIPO ESPECIAL PARA REALIZAR MOVIMIENTO DE TIERRA EN OBRAS CIVILES Y DE CONSTRUCCION. SERIE CHASIS: JAFSR220EPM428816, MODELO DEL MOTOR: F5CE5454B*A005, SERIAL MOTOR: 684645, MARCA DE MOTOR: CASE, AÑO DE FABRI(continúa al respaldo)

127. Valor pagos anteriores: 0	128. Recibo oficial de pago anterior No.: XXXXXXXXXXXXXXX	129. Fecha: XXXX XX XX
130. Espacio reservado DIAN - Actuación aduanera Estado de levante: Levante automático No hay declaración posterior	131. Espacio reservado uso exclusivo Ministerio de Relaciones Exteriores	132. No. Aceptación declaración 48202300485005 133. Fecha: 2023 08 15

134. Levante No. 48202300419319	135. Fecha 2023 - 08 - 15	Firma funcionario responsable	136. Nombre 137. C.C. No.

Firma declarante	997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora (Fecha efectiva de la transacción) Coloque el timbre de la máquina registradora al dorso de este formulario	980. Pago Total $ 0 996. Espacio para autoadhesivo de la entidad recaudadora (Número del adhesivo) SYGA Autoadhesivo 92482302825152 Fecha presentación 2023-08-15 16:22:43 Valor pagado $0

Fecha de Impresión: 2023-08-15 16:26:58

20234214015535

DIAN
REPÚBLICA DE COLOMBIA

Declaración de Importación

Aceptación : **482023000485005-2**
Subpartida : **8429510000**

105. Continuación descripción mercancías (Incluya marcas, serriales y otros)

CACION: 2023, AÑO MODELO: 2024, COLOR: NARANJA// Po: ESTADOS UNIDOS (US), VEHICLE NUMBER: 0059910107 //XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Especio para uso exclusivo de la Entidad Recaudadora

482023000485005-2

PARTEQUIPOS

Operador Tecnologico
facture sas
NIT: 900399741-7
SOFTWARE PL-Colab

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

PARTEQUIPOS MAQUINARIA SAS
RESPONSABLE DE IVA
NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES
ACTIVIDAD ECONOMICA 4659

NIT: 830.116.807-7

CLIENTE: 1067286288-6

QUINTERO DIAZ ENRIQUE DAVID

Dirección Factura:
CL 37 14 56 AP 1 BRR LA FLORESTA
MONTERÍA

Dirección Destino:
CL 37 14 56 AP 1 BRR LA FLORESTA
MONTERÍA

FECHA GENERACION	FECHA VENCIMIENTO	FACT. DE VENTA
18/09/2023	18/09/2023	GUFE 15000166
FECHA EXPEDICION	18/09/2023	
VENDEDOR: JUAN MANUEL GUERRERO	CLIENTE: 1067286288-6	TEL. CLIENTE: 3007928065
ORDEN DEL CLIENTE	CONDICION DE PAGO: CONTADO	MEDIO DE PAGO: Trasferencia

REFERENCIA	DESCRIPCION	% DTO	CANTID	IVA	PRECIO UNITARIO	TOTAL
P8816	MINICARGADOR FRONTAL SOBRE RUEDAS. Marca: CASE. Modelo: SR220B. SERIE: JAFSR220EPM428816 AÑO FABRICACION 2023 AÑO MODELO 2024 SERIAL MOTOR: 684645 MARCA MOTOR: CASE COLOR: NARANJA	0,00	1,00	5	200.952.381,00	200.952.381,00

MINICARGADOR FRONTAL SOBRE RUEDAS. Marca: CASE. Modelo: SR220B. SERIE: JAFSR220EPM428816 AÑO FABRICACION 2023 AÑO MODELO 2024 SERIAL MOTOR:

Subtotal:		200.952.381,00
Descuento:		0,00
Total IVA:		10.047.619,05
Retefuente:		0,00
Valor Total:	**$**	**211.000.000,00**

Recargo del interés legal vigente por pago posterior al vencimiento y 10% por cheques devueltos.
SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES EN ICA EN LA CIUDAD DE BOGOTA
Esta Factura es un título valor según Ley 1231 de 2008
Autorretenedores de ICA en el municipio Itagüí según resolución 201713

FIRMA CLIENTE	FIRMA Y SELLO CARTERA

RESOLUCION DIAN 18764037737605 DE 2022/10/11 GUFE 15000001 HASTA GUFE 15001000 VIGENCIA 12 MESES
REPRESENTACION GRAFICA DE FACTURA ELECTRONICA

BOGOTA
Calle 82 No. 20-49 Of. 401
Calle 6#28a-03 PBX (1)4926250

MEDELLIN
Carrera 51 #32-109 PBX (4)444 96 69

CUFE 82bf26d20de0a401bc137007191cf9c8980738f8ea56c1633c6091e36a902e6280ee6b937769[illegible]

PARTEQUIPOS

GARANTÍA EQUIPOS NUEVOS

Cliente ENRIQUE DAVID QUINTERO
Equipo MNICARGADOR Modelo SR220B Serie JAFSR220EPM428816 Año 2023 Horas ____
Periodo de Garantía 1MES / 2000 HORAS Fecha Entrega 20 SEPTIEMBRE DE 2023

CONCEPTOS CUBIERTOS POR GARANTIA

- Mano de obra por reparaciones que sean consideradas garantía.
- Repuestos e insumos usados para reparaciones siempre y cuando el daño se deba a defectos de material y/o mano de obra.
- Desplazamientos siempre y cuando el equipo se encuentre dentro del perímetro urbano en donde partequipos maquinaria tiene sede.
- Mano de obra en las inspecciones exigidas por el fabricante.
- Soporte telefónico, presencial o vía electrónica.
- Gastos de desplazamiento y sostenimiento en el caso de que el primer diagnóstico realizado por el técnico no sea adecuado.

CONCEPTOS NO CUBIERTOS POR GARANTIA

- Daños originados por mal uso del equipo, operación inadecuada, aplicación incorrecta, uso irresponsable, problemas ocasionados por mantenimientos impropios, accidentes, almacenamiento incorrecto, desastres naturales, operación más allá de los límites del equipo, operación después descubrir un daño, modificaciones o alteraciones hechas sin autorización.
- Daños generados por accesorios, herramientas adicionales o equipos portadores.
- Reparaciones menores, elementos de desgaste o consumibles incluidos pero no limitados (o rings, sellos, empaques, mangueras, filtros, pasadores, bujes, bombillos, sprockets, carriles, ruedas tensoras, cadenas, baterías, llantas, baldes, dientes, cuchillas, esquineros, arandelas de ajuste, puntas, cuñas, correas, bandas, vidrios, fluidos, pintura).
- Lucros cesantes o pérdidas de producción.
- Gastos de desplazamiento y sostenimiento de los técnicos, gastos de desplazamiento de repuestos y/o herramientas o equipos de apoyo, para la realización del diagnóstico y para la ejecución de los trabajos.
- Desplazamientos del equipo al taller de partequipos.

RESPONSABILIDADES DEL CLIENTE

- Operar de manera adecuada el equipo de acuerdo a lo registrado en el manual de operaciones y a las recomendaciones hechas por partequipos.
- Realizar los mantenimientos preventivos usando repuestos originales y fluidos que cumplan con las especificaciones técnicas de acuerdo a lo estipulado en el manual de operación y a las recomendaciones hechas por partequipos.
- Realizar cambio de elementos de desgaste usando únicamente repuestos originales
- Realizar reparaciones usando únicamente repuestos originales y mano de obra calificada de Partequipos Maquinaria S.A.
- No realizar modificaciones sobre la maquina salvo que estas cuenten con la aprobación del fabricante del equipo y/o partequipos.
- Reportar a tiempo cuando el equipo presenta un daño o mal comportamiento durante la operación.
- Firmar los reportes de servicio entregados por el técnico.
- Enviar reporte y registro de las actividades de mantenimiento realizadas sobre el equipo
- Informar a tiempo a partequipos cuando se requieran las inspecciones exigidas por fabrica (ver tabla)
- Suministrar equipos de apoyo necesarios para el manejo de cargas y trabajos especiales
- Gestionar el ingreso del personal , herramientas y repuestos al sitio donde se atenderá el equipo
- Pagar los costos derivados por concepto de desplazamiento del técnico de acuerdo a las [illegible] vigentes de partequipos

PARTEQUIPOS

- Pagar los costos de desplazamiento de los repuestos cuando se trate de zonas de difícil acceso
- Pagar los costos derivados por concepto de desplazamiento, reparaciones y repuestos cuando se determine que el problema reportado no corresponde a un defecto por garantía.
- Entregar a partequipos cualquier repuesto que sea cambiado por garantía o que sea motivo de análisis.
- Garantizar que cualquier accesorio (martillo, grapa, ripper, etc) que sea instalado en la maquina sea apropiado para el equipo y que tenga el aval del fabricante de la máquina, de igual manera para el caso de los accesorios el cliente debe garantizar que el equipo donde se instalara el accesorio cumple con las especificaciones técnicas requeridas.

RESPONSABILIDADES DE PARTEQUIPOS

- Es responsabilidad de partequipos y los fabricantes de los equipos reparar o reemplazar las partes o componentes que hayan fallado por defectos de material y/o mano de obra dentro del periodo de garantía establecido. Siempre y cuando el cliente haya cumplido con todos los requisitos y responsabilidades exigidas
- Es responsabilidad de partequipos entregar al cliente el manual de operación del equipo y el manual de partes del mismo
- Es responsabilidad de partequipos registrar el equipo ante el fabricante en el momento en que entra en operación
- Es responsabilidad de partequipos informar al cliente cuando haya alguna modificación y/o mejora de fabrica
- Entregar un informe de servicio cuando se realiza alguna intervención sobre el equipo
- Es responsabilidad de partequipos informar al cliente los motivos por los cuales una garantía no ha sido aprobada
- Es responsabilidad de partequipos informar al cliente cuando el equipo pierde el cubrimiento de garantía antes del periodo acordado

MARCA	INSPECCIONES EXIGIDAS POR EL FABRICANTE DURANTE EL PERIODO DE GARANTIA
LINK BELT	2000 HORAS
CASE	2000 HORAS
AMMANN	1000 HORAS
OKADA	INSTALACION

Firma y Cc Asesor

Carlos Bautista
Firma y Cc Cliente
98593495

NOTA: NO TODOS LOS DAÑOS REPORTADOS SON MOTIVO DE GARANTÍA, LA DETERMINACIÓN DEL MISMO DEPENDE DE LA EVALUACIÓN REALIZADA POR EL FABRICANTE Y/O PARTEQUIPOS, POR LO ANTERIOR NO TODOS LOS RECLAMOS TIENEN UNA RESPUESTA INMEDIATA.

PARTEQUIPOS	MERCADEO Y VENTAS ACTA DE ENTREGA DE MINICARGADOR	CODIGO:	FO_MYV_
		FECHA DE VIGENCIA:	2411/2014
		CONTRATO No.JG072	

DATOS ESPECIFICOS

FECHA DE ENTREGA	20 SEPETIEMBRE 2023		
SITIO DE ENTREGA	PARTEQUIPOS GUARNE		
PROPIETARIO	ENRIQUE DAVID QUINTERO DIAZ		
TELÉFONO CELULAR	3007928065	TELÉFONO FIJO	
DIRECCIÓN	CRA 12A # 79-65 SEVILLA		
CORREO ELECTRÓNICO	equintero 1897@gmail.com		

IDENTIFICACIÓN DEL EQUIPO

TIPO DE MAQUINA	MINICARGADOR	MARCA	CASE	MODELO	SR220B
AÑO DE FABRICACIÓN	2023	SERIAL	JAFSR220EPM428816	HOROMETRO	
MOTOR		SERIAL			
MANIFIESTO		No. POLIZA TODORIESGO			

NOTA: Marque con una X los items satisfactorios de acuerdo con la entrega del producto

	ESTRUCTURA SUPERIOR		
X	CABINA ABIERTA	X	BRAZO
X	SEGURO OPERADOR	X	CUCHILLA DE CARGADOR
X	BOCINA	X	CUCHARON CARGADORA
X	PANEL DE CONTROL	X	CILINDROS DE CUCHARON
X	CONTROLES	X	CILINDROS DE CARGADOR
X	BATERIA	X	SEGURO DE CLINDRO
X	LUCES DE TRABAJO	X	GRASERAS
X	MOTOR DIESEL	X	LATONERIA Y PINTURA
X	RADIADOR	X	GPS INSTALADO
X	LLANTAS	X	CINTURON DE SEGURIDAD
	NIVELES DE FLUIDOS		
X	MOTOR	X	PASADORES
X	CADENAS	X	GRASA DE ARTICULACION
X	HIDRAULICO	X	LIQUIDO REFRIGERANTE

FIRMA DE QUIEN RECIBE

ADICIONALES: Todo se entrega a entera satisfacción

OBSERVACIONES:

Con la presente acta hago constar que la firma **PARTEQUIPOS MAQUINARIA S.A.** ha cumplido con la entrega de la maquina : SR220B , con serie JAFSR220EPM428816 , condiciones de funcionamiento.

DATOS DEL PROVEEDOR

EMPRESA	PARTEQUIPOS MAQUINARIA S.A	NIT	830116807-7

DATOS CONTACTOS

COMERCIAL	JUAN MANUEL GUERRERO	3188481455	jguerrero@partequipos.com
SERVICIO	MAURICIO GIL	3176577899	jefepatio@partequipos.com

VENDEDOR
C.C

CLIENTE
C.C. 98593445

Nuestra Calidad y Servicio Hacen la diferencia

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

Libertad y Orden

TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

No. 115847

No. DE REGISTRO	MARCA	LINEA	AÑO MODELO
MC639745	HYUNDAI	H940C	2023

TIPO DE MAQUINARIA	CLASE	No. SERIE
CONSTRUCCION	RETROEXCAVADORA	HHKHU601LU0001578

COLOR(ES)	No. MOTOR	RODAJE
AMARILLO	RG75486*R049669H	NEUMATICOS

PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS

PESO	ALTO	ANCHO	LARGO
8230 Kg	3680 mm	2250 mm	7080 mm

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	IDENTIFICACIÓN
EQUIPOS CORDOBA S.A.S	NIT 900.092.155

Powered by CamScanner

LOCATARIO APELLIDO(S) NOMBRE(S)

IDENTIFICACIÓN



LIMITACIONES A LA PROPIEDAD

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
INST TTOYTTE DE CERETE

FECHA REGISTRO	FECHA EXPE)ICIÓN	FECHA VENCIMIENTO
31-05-2023	31-05-2023	******
ORIGEN	**DEC. IMPORTACIÓN**	**FECHA DE LEVANTE**
IMPORTACIÓN	352023000176079	25/04/2023

ESTA TARJETA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

TM03000054527

Servicios Integrales 61733.7.0-1 06/22

Powered by CamScanner

Anexo 18, Inventario de señalización

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	Versión. 1
		Cod: SST-F14
	INSPECCION E INVENTARIO DE SEÑALIZACION	Pag. 1 de 1

PROYECTO:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

FECHA DE INSPECCIÓN	30/08/2024

TIPO DE SEÑALIZACION	CANTIDAD	INSPECCION SAÑALIZACION		REPOSICIÓN	OBSERVACIONES
		CANT. BUENO	CANT. MALO		
SALIDA DE EMERGENCIA	5	5	0		
PUNTO DE ENCUENTRO	1	1	0		
RIESGO ELECTRICO	4	4	0		
RESIDUOS PELIGROSOS	2	2	0		
BODEGA	1	1	0		
OBRA EN CONSTRUCCION	2	2	0		
BAÑO HOMBRE	1	1	0		
EXTINTOR	1	1	0		
PRECAUCION ENTRADA Y SALIDA DE VEHICULO	2	2	0		
INICIO DE OBRA	2	2	0		
VALLA INFORMATIVA DEL PROYECTO	1	1	0		
USE GAFAS	1	1	0		
CAMILLA DE EMERGENCIA	3	3	0		
USE CASCO	1	1	0		
PELIGRO CAIDA A MISMO NIVEL	6	6	0		
PARQUEADERO DE MÁQUINAS	1	1	0		
SALIDA DE EMERGENCIA IZQUIERDA	3	3	0		
SALIDA DE EMERGENCIA DERECHA	1	1	0		
USE MASCARILLA	1	1	0		
USE PROTECTOR AUDITIVO	1	1	0		
USE GUANTES	1	1	0		
LIBRE DE HUMO	1	1	0		

RENPONSABLE :	
FIRMA COORDINADOR SST	FIRMA AUXILIAR SST



Anexo 19, Seguimiento de subcontratista

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	CONTROL DE SUBCONTRATISTA	VERSION 1 COD: SST-F055

Fecha de Control	Día: 20	MES: 08	Año: 2024
Proyecto	"CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE		
NOMBRE DEL SUBCONTRATISTA (Razón Social)	Noraldo Quiñonez		
NIT	15272716		
ACTIVIDADES	Cargue y descargue material ☐ Fundicion concreto ☐		
	Servicio de Mantenimiento ☐ Reparaciones ☐ Urbanismo ☐		
	Otro cual:		
ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO	Trabajo en altura ☐ Espacios Confinados ☐ Trabajo en Caliente ☐		
	Trabajo Eléctrico ☐ Trabajo Con Sustancias Químicas ☐		

ASPECTOS A EVALUAR

Criterios	C	NC	N/A	Observación
Planilla de Pago a Seguridad Social o radicados de afiliacion	✓			
Elementos de Protección Personal	✓			
Maquinaria, Equipos y Herramientas	✓			
Cumplimiento de Normas y Procedimientos				
Evalauaciones medicas ocumacionales de ingreso o especificos		✓		
Evalauaciones medicas ocumacionales de ingreso o especificos		✓		
Accidentes e Incidentes de Trabajo	✓			
Participación en actividades del SST	✓			
Induccion-perfil sociodemografico- notificacion de riesgo ETC		✓		
Atención a los Requerimientos y Solicitudes	✓			
Proveedor de maquinaria debe soportar los siguiente documentación: Registro de importación de ADUANA, Cedula del operador, Afiliación o pago de seguridad social del operador, Certificado de mantenimientos preventivos realizado o buen funcionamiento de la maquinaria. Certificado de experiencia o estudios como operador maquina.	✓			
Para el transporte de materiales permanente en obra, el subcontratista de volco debe presentar los sgtes documentos: Licencia de transito, SOAT, Certificado de técnico mecánica y de gases, Cedula de conducto, Licencia de conducción del conductor vigentges.	✓			

ASPECTOS A MEJORAR - OBSERVACIONES

Stephanny Garay
INSP SST

NOMBRE Y FIRMA - SUBCONTRATISTA

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	CONTROL DE SUBCONTRATISTA	VERSION 1 COD: SST-F055

Fecha de Control	Día 21	MES 08	Año 24
Proyecto	"CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE		
NOMBRE DEL SUBCONTRATISTA (Razón Social)	Equipos Córdoba / Deiber Cogollo		
NIT	900092155		
ACTIVIDADES	Cargue y descargue material ☐ Fundicion concreto ☐		
	Servicio de Mantenimiento ☐ Reparaciones ☐ Urbanismo ☐		
	Otro cual:		
ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO	Trabajo en altura ☐ Espacios Confinados ☐ Trabajo en Caliente ☐		
	Trabajo Eléctrico ☐ Trabajo Con Sustancias Químicas ☐		

ASPECTOS A EVALUAR

Criterios	C	NC	N/A	Observación
Planilla de Pago a Seguridad Social o radicados de afiliacion	✓			
Elementos de Protección Personal	✓			
Maquinaria, Equipos y Herramientas	✓			
Cumplimiento de Normas y Procedimientos	✓			
Evalauaciones medicas ocumacionales de ingreso o especificos	✓			
Evalauaciones medicas ocumacionales de ingreso o especificos	✓			
Accidentes e Incidentes de Trabajo	✓			
Participación en actividades del SST	✓			
Induccion-perfil sociodemografico- notificacion de riesgo ETC		✓		
Atención a los Requerimientos y Solicitudes	✓			
Proveedor de maquinaria debe soportar los siguiente documentación: Registro de importación de ADUANA, Cedula del operador, Afiliación o pago de seguridad social del operador, Certificado de mantenimientos preventivos realizado o buen funcionamiento de la maquinaria. Certificado de experiencia o estudios como operador maquina.	✓			
Para el transporte de materiales permanente en obra, el subcontratista de volco debe presentar los sgtes documentos: Licencia de transito, SOAT, Certificado de técnico mecánica y de gases, Cedula de conducto, Licencia de conducción del conductor vigentges.	✓			

ASPECTOS A MEJORAR - OBSERVACIONES

Stephanny Garay

INSP SST

RETIRADO A LA FECHA DE INSPECCIONES PROGRAMADAS

NOMBRE Y FIMA - SUBCONTRATISTA