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

| INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Nombre Completo | Iván Salgado Cruz | | | |
| Nº de Identificación | 1067855135 | | | |
| Cargo | Operador Mini | | Fecha | 20/sep/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** | |

_____
Nombre del Coordinador o auxiliar SST

_____
Firma

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) Iván Salgado Cruz

**OBSERVACION:**

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

| INFORMACIÒN DEL TRABAJADOR | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Nombre Completo | Cristian Malavr iaga Cadena S | | | |
| Nº de Identificación | 1072522613 | | | |
| Cargo | Auxiliante | | Fecha | 20/sep/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 Caraballo
Nombre del Coordinador o auxiliar SST

Stephanny
Firma

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) X

**OBSERVACION:**

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

| INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Nombre Completo | Julio Cogollo Hoyos | | | |
| Nº de Identificación | 1067852199 | | | |
| Cargo | Ayudante. | | Fecha | 1067852199 |
| 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 Casas
Nombre del Coordinador o auxiliar SST

Stephanny C.
Firma

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) Julio A Cogollo H

**OBSERVACION:**

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

| INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Nombre Completo | Oswaldo Orango Herrardez | | | |
| Nº de Identificación | 1131108401. | | | |
| Cargo | Oficial | | Fecha | 20/sept/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. INDUCCIÓN 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 G.
Nombre del Coordinador o auxiliar SST

Stephanny.
Firma

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) Oswaldo

**OBSERVACION:**

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

| INFORMACIÒN DEL TRABAJADOR | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre Completo | Eduardo Arrieta Paternina. | | | | |
| Nº de Identificación | 1[illegible]3105563. | | | | |
| Cargo | Ayudante. | | Fecha | 20/Sept/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 G
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 |

| INFORMACIÒN DEL TRABAJADOR | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Nombre Completo | Iván Danilo Pena. | | | |
| Nº de Identificación | 1064 3108 79 | | | |
| Cargo | | | Fecha | 20/Sept 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 | Stephanny G. Nombre del Coordinador o auxiliar SST |
| ☑ 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 Firma |
| **III. Otras actividades al ingreso del trabajador** | |
| ☑ **PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO** | |
| ☑ **NOTIFICACIÓN DE RIESGO** | |
| ☑ **ENCUESTA DE MORBILIDAD** | |

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) X _____

**OBSERVACION:**

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

| INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Nombre Completo | JUAN Copa Tomas | | | |
| Nº de Identificación | 1003656434 | | | |
| Cargo | Oficial | | Fecha | 20/Sept/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** | |

Nombre del Coordinador o auxiliar SST

Firma

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) X _____

**OBSERVACION:**

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

| INFORMACIÒN DEL TRABAJADOR | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Nombre Completo | Yovany Tays Peñata | | | |
| Nº de Identificación | 1361936 | | | |
| Cargo | | | Fecha | 20 sept 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 | Stephanny<br>Nombre del Coordinador o auxiliar SST |
| ☑ Exámenes Médicos Ocupacionales | |
| ☑ Rutas de evacuación y puntos de encuentro / plan de emergencias | |
| ☑ Entrega de elementos de protección personal, recomendaciones de uso y reposición | Stephanny G.<br>Firma |
| Otro? Cual?: | |
| **III. Otras actividades al ingreso del trabajador** | |
| ☑ **PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO** | |
| ☑ **NOTIFICACIÓN DE RIESGO** | |
| ☑ **ENCUESTA DE MORBILIDAD** | |

MANIFIESTO HABER COMPRENDIDO CADA ASPECTO EXPLICADO (FIRMA TRABAJADOR) D. Yovany Tays

**OBSERVACION:**

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

| CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE | NOTIFICACION DE RIESGO | VERSION 1<br>COD. SST. F-003<br>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 | | NUMERO DE TRABAJADORES NOTIFICADOS : | |
| ACTIVIDAD: | CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL | | |

TAREA PRINCIPAL SEGÚN CARGO:

| CARGO | TAREAS | CARGO | TAREAS |
|---|---|---|---|
| Oficiales | Supervisar - Controlar - Programar | | |
| Maestros | Supervisar - controlar - Programar | | |
| Ayudantes. | Construcción de Placas, Columnas etc | | |
| | | | |
| | | | |

| 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<br>Esguinces y torceduras<br>Golpes<br>Fracturas<br>Raspones<br>Caídas al mismo nivel<br>Cortadas | Charlas de Seguridad<br>Implementar análisis de trabajo seguro (Para actividades no contempladas en los riesgos)<br>Dotación de elementos de protecció personal acordes a la labor. | Utilización de los elementos de protección personal.<br>Acatamiento a los procedimietno de seguridad.<br>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<br>Procedimientos de trabajo<br>Normas de seguridad<br>Educación al personal | Utilización de los elementos de protección personal.<br>Acatamiento a los procedimietno de seguridad.<br>Asistir a la programación de exámenes ocupacionales |
| Accidentes (Volcaduras, Atropellamiento y/o aplastamiento) | Condiciones de Seguridad | Golpes<br>Fracturas<br>Heridas<br>Contusiones<br>Muerte | Programa de inspecciones y mantenimiento de equipos<br>Procedimientos de trabajo<br>Normas de seguridad<br>Educación al personal | Utilización de los elementos de protección personal.<br>Acatamiento a los procedimietno de seguridad.<br>Asistir a la programación de exámenes ocupacionales |
| Manipulación de Objetos Corto punzantes | Condiciones de Seguridad | Heridas<br>Laceraciones | Charlas de Seguridad<br>Implementar análisis de trabajo seguro (Para actividades no contempladas en los riesgos)<br>Dotación de elementos de protecció personal acordes a la labor. | Utilización de los elementos de protección personal.<br>Acatamiento a los procedimietno de seguridad.<br>Asistir a la programación de exámenes ocupacionales |
| Contactos con bacterias y hongos por las aguas estancadas. | Biológico | Mareos, vómitos, alergias, efecciones en la piel y del Sistema Respiratorio | Charlas de Seguridad<br>Implementar análisis de trabajo seguro (Para actividades no contempladas en los riesgos)<br>Dotación de elementos de protecció personal acordes a la labor. | Utilización de los elementos de protección personal.<br>Acatamiento a los procedimietno de seguridad.<br>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<br>Capacitación frente al riesgo<br>Lavado de manos frecuente<br>Distanciamiento físico<br>Hidratación constante del personal<br>Disposición de insumos para la desinfección (Alchol, hipoclorito, detergente, jabon) | Utilización de los elementos de protección personal.<br>Acatamiento a los procedimietno de seguridad.<br>Asistir a la programación de exámenes ocupacionales |
| Manipulación de cargas por encima de 25 kg | Biomecánico | Fatiga muscular<br>Lesiones osteomusculares<br>Hernias Discales | Charlas de Seguridad<br>Realización de exámen medico ocupacional<br>Dotación de elementos de protecció personal acordes a la labor. | Utilización de los elementos de protección personal.<br>Acatamiento a los procedimietno de seguridad.<br>Asistir a la programación de exámenes ocupacionales |
| Vibraciones cuerpo entero | Físico | En columna vertebral: Lumbalgias, espondilitis, osteocondilitis intervertebral, calcificación de discos, etc.<br>Aparato digestivo: Hemorroides, enfermedades gástricas.<br>Aparato urogenital: Prostatitis, hematuria<br>Visión: Pérdida de egudeza visual.<br>Comportamiento: Retardo en el tiempo de reacción, menor habilitad manual, Irritación nerviosa<br>Síndrome de Raynaud | Programa de inspecciones y mantenimiento de equipos<br>Procedimientos de trabajo<br>Normas de seguridad<br>Educación al personal<br>Dotación de elementos de protecció personal acordes a la labor | Utilización de los elementos de protección personal.<br>Acatamiento a los procedimietno de seguridad.<br>Asistir a la programación de exámenes ocupacionales |
| Ruido Continuo originado por (Máquina cortadora - Taladro Retroexcavadora) | Físico | Fatiga<br>Desconcentración<br>Disconfort | Programa de inspecciones y mantenimiento de equipos<br>Procedimientos de trabajo<br>Normas de seguridad<br>Educación al personal<br>Dotación de elementos de protecció personal acordes a la labor | Utilización de los elementos de protección personal.<br>Acatamiento a los procedimietno de seguridad.<br>Asistir a la programación de exámenes ocupacionales |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Contacto con sustancias | Químico | Efectos solo cuando se ingiere o inhala, como irritaciones, dolor de cabeza y vértigo | Programa de inspecciones y mantenimiento de equipos<br>Publicación y socialización de las hojas de seguridad<br>Educación al personal<br>Dotación de elementos de protecció personal acordes a la labor | Utilización de los elementos de protección personal.<br>Acatamiento a los procedimietno de seguridad.<br>Asistir a la programación de exámenes ocupacionales |
| Presencia de Polvos<br>Generación de polvos al realizar las labores de excavación y durante el traslado de escombros a los puntos de recolección | Químico | Alergias y dermatitis<br>Quemaduras químicas<br>irritación ocular<br>asfixia | Programa de inspecciones y mantenimiento de equipos<br>Publicación y socialización de las hojas de seguridad<br>Educación al personal<br>Dotación de elementos de protecció personal acordes a la labor | Utilización de los elementos de protección personal.<br>Acatamiento a los procedimietno de seguridad.<br>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 |
|---|---|---|---|
| Manuel Tobar | | oficial | |
| Alexander Vargas | | obrero | |
| IVAN Lopez T. | | obrero | |
| Jaider chamorro | | oficial | |
| Ezequiel Picott Correa. | | obrero | |
| Oscar Luis Ochoa | | obrero | |
| [illegible] | | | |
| Gabriel Moreno | | obrero | |
| Frovio Rivero | | | |
| Faider Vargas | | obrero | Faider Vargas |
| Cristian Mauricio Ledesma | | obrero | |
| [illegible] | | ob | |
| Oswaldo Urango | | oficial | |
| Ani luz suarez | | obrera | Ani luz suarez |
| Luis M Contreras | | obrero | |
| Jullo cesar pasto perez | | obrero | |
| Marco alfredo | | obrero | |
| Hugo garay | | obrero | |
| Julián Barrios | | obrero | |
| Juan C. Luis Dennis | | obrero | |

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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<br>Publicación y socialización de las hojas de seguridad<br>Educación al personal<br>Dotación de elementos de protecció personal acordes a la labor | Utilización de los elementos de protección personal.<br>Acatamiento a los procedimietno de seguridad.<br>Asistir a la programación de exámenes ocupacionales |
| Presencia de Polvos<br>Generación de polvos al realizar las labores de excavación y durante el traslado de escombros a los puntos de recolección | Químico | Alergias y dermatitis<br>Quemaduras químicas<br>irritación ocular<br>asfixia | Programa de inspecciones y mantenimiento de equipos<br>Publicación y socialización de las hojas de seguridad<br>Educación al personal<br>Dotación de elementos de protecció personal acordes a la labor | Utilización de los elementos de protección personal.<br>Acatamiento a los procedimietno de seguridad.<br>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 |
|---|---|---|---|
| Jarder cuamanns | 92640310 | oficial | Jarder ch |
| Diego Barrera | 15725762 | oficial | Diego |
| Jairo Romero | 18857561 | obrero | Jairo Romero |
| Kevin Sierra Zuñiga | 1131104278 | obrero | Kevin Sierra |
| IVAN DORIA TIRADO | 1064 310 879 | OBRERO | [illegible] |
| Gabriel Moreno L. | 1072529607 | OBRERO | Gabriel |
| Orlando Ocampo | 1131108401 | Oficial | Orlando |
| Wuadith Miranda | 1151188615 | oficial | [illegible] |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| RESPONSABLES | INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SOCIALIZA<br>NOMBRE Y APELLIDOS | FIRMA |
|---|---|---|
| CORDINADOR SST | Luis Quintero | |
| AUXILIAR SST | X Stephanny Carvajal | Stephanny Carvajal |

# 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: | 24 SEPT 2024 | DURACIÓN: | 6 horas. |
| NOMBRE DE QUIÉN PRESIDE : | Milvia | | |

| DIVULGACION DE ; | TEMAS DE LA CHARLA, CAPACITACIÓN O ENTRENAMIENTO |
|---|---|
| ☐ INDUCCIÓN<br>☐ CAPACITACIÓN<br>☐ ENTRENAMIENTO<br>☐ REUNIÓN<br>☑ ACTIVIDAD | Tamizaje Vascular. ~~por~~ Entidad de salud (Eps Salud total) |

| N | NOMBRE Y APELLIDO | CARGO | EMPRESA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Leillian Hernandez | Oper | | |
| 2 | Jesus Torro | Oper | | |
| 3 | Raul Montenegro | Oper | | |
| 4 | Juan Lopez | Oper | | |
| 5 | Segundo Picott | Oper | | |
| 6 | Rafael Carrudo | Oper | | |
| 7 | Heber Nuñez | Oper | | |
| 8 | Jaider Reyes | Oper | | |
| 9 | Arturo Hernandez | Oper | | |
| 10 | Luis Ibarbo | Oper | | |
| 11 | Kevin Sierra | Oper | | |
| 12 | Pedro Mosquera | Oper | | |
| 13 | Juan Gordy | Oper | | |
| 14 | Juan Correa | Oper | | |
| 15 | Pablo Arrillo | Oper | | |
| 16 | Luis Robles | Oper | | |
| 17 | Juan Perez | Oper | | |
| 18 | Cristian Reyes | Oper | | |
| 19 | Carlos Peñata | Oper | | |
| 20 | Kevin Gonzalez | Oper | | |
| 21 | Jhon Burgos | Oper | | |
| 22 | Jhon Burgos | | | |
| 23 | Jose Hernandez | | | |
| 24 | Pedro Pitre | | | |
| 25 | Oscar Cuesta | | | |
| 26 | | | | |
| 27 | | | | |
| 28 | | | | |
| 29 | | | | |
| 30 | | | | |
| 31 | | | | |
| 32 | | | | |
| 33 | | | | |

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: | 24 Sept, 2024. | DURACIÓN: | 6 horas |
| NOMBRE DE QUIÉN PRESIDE : | Stephany Garay | | |

| DIVULGACION DE ; | TEMAS DE LA CHARLA, CAPACITACIÓN O ENTRENAMIENTO |
|---|---|
| ☐ INDUCCIÓN<br>☐ CAPACITACIÓN<br>☐ ENTRENAMIENTO<br>☐ REUNIÓN<br>☑ ACTIVIDAD | Tamizaje Vascular por entidad de Salud (Epo. Salud Total) |

| N | NOMBRE Y APELLIDO | CARGO | EMPRESA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Victor Cruz. | Resp. | | |
| 2 | Pamela Ospina | Resp. | | |
| 3 | Tania Herrera | | | |
| 4 | Carlos Martinez. | Oper. | | |
| 5 | Andres esparza | Oper. | | |
| 6 | Stefany Garay. | | | |
| 7 | Yolanis Cabrera. | Oper. | | |
| 8 | Juan doria. | Oper. | | |
| 9 | Ricardo Monsalvez | Oper. | | |
| 10 | Jorge Cantillo | Oper. | | |
| 11 | Adalberto Garay | Oper. | | |
| 12 | Leonardo Rivera | Oper. | | |
| 13 | Cristian Cintrue. | Mantenim. | | |
| 14 | Gabriel Lucena | Oper. | | |
| 15 | Adri Valverde | Oper. | | |
| 16 | Yasu Salazar | Oper. | | |
| 17 | Ani Suarez | Oper. | | |
| 18 | Eduardo Arrieta | Oper. | | |
| 19 | Manuel Dominguez | Oper. | | |
| 20 | Mirco Atencio. | Oper. | | |
| 21 | Pedro Fernandez | Oper. | | |
| 22 | Osvaldo Quiroga | Oper. | | |
| 23 | Ever Fuentes | Oper. | | |
| 24 | Manuel Tovar | Oper. | | |
| 25 | Julio Rosso. | Oper. | | |
| 26 | Johan Suarez | Oper. | | |
| 27 | Jancarlos Cabrera. | Oper. | | |
| 28 | Romulo Palmera | Maestro. | | |
| 29 | Diego Barrera. | Oper. | | |
| 30 | Walter Chamorro | Oper. | | |
| 31 | Luis Saltarelli. | Oper. | | |
| 32 | Alvaro Monsalvez. | Oper. | | |
| 33 | Alexander Vergara | Oper. | | |

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: | 20/09/2024 | DURACIÓN: | 20mm |
| NOMBRE DE QUIÉN PRESIDE : | Stephanny. | | |

| DIVULGACION DE ; | TEMAS DE LA CHARLA, CAPACITACIÓN O ENTRENAMIENTO |
|---|---|
| ☐ INDUCCIÓN<br>☑ CAPACITACIÓN<br>☐ ENTRENAMIENTO<br>☐ REUNIÓN<br>☐ ACTIVIDAD | Capacitación cuidado de manos, uso dotación y elementos de protección personal, ambiental |

| N | NOMBRE Y APELLIDO | CARGO | EMPRESA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Alexander Vergara Calle | obrero | | Alexander |
| 2 | Oswaldo Urango | oficial | | Oswaldo |
| 3 | EDUARDO PALMERA. | MAESTRO | | |
| 4 | Heiner Monsalvo | obrero | | Heiner |
| 5 | [illegible] Jony. | [illegible] | | [illegible] Jony. |
| 6 | Hugo Garay | Obrero | | Hugo Garay |
| 7 | Ani luz Suarez Morales | Obrera | | Ani luz Suarez |
| 8 | Jaider Valencia | Maestro | | Jaider Valencia |
| 9 | Kener Gonzalez | obrero | | Kener Gonzalez |
| 10 | Pedro Marquez Peregrino | obrero | | Pedro Marquez P. |
| 11 | DANIES PALOMINO | OFICIAL | | DANIES |
| 12 | Ivan Dario Ebray Gloria | obrero | | |
| 13 | JHENNY Daria | | | |
| 14 | Julian Barrios. | obrero. | | Julian Barrios. |
| 15 | Luis Mendoza M. | Oficios Varios | | Luis Mendoza. |
| 16 | CRISTIAN MENDOZA BARRIOS | OBRERO | | CRISTIAN |
| 17 | Abraham Rodriguez | Obrero | | |
| 18 | Luis Enrique Salcedo Suarez | Obrero | | |
| 19 | Diana Murillo Moreno | obrero | | Diana Murillo |
| 20 | Carlos Sierra Bello | Obrero | | |
| 21 | Juan David Correa Hernandez | Obrero | | Juan Correa. |
| 22 | [illegible] | maestro | | |
| 23 | Erick Fuentes Arcia | Oficial | | Erick Fuentes A. |
| 24 | Wendith Miranda | oficial | | |
| 25 | Jaider Vargas | obrero | | Jaider Vargas |
| 26 | Yaneth Hernandez | obrera | | Yaneth H |
| 27 | Juan David Ramos Diaz | obrero | | |
| 28 | JHON [illegible] | [illegible] | | |
| 29 | OSCAR CAUSIL | OFICIAL | | |
| 30 | Marco atencio | obrero | | |
| 31 | Eduardo arrieta P. | obrero | | |
| 32 | JOE PAN | | | |
| 33 | Carlos Blanquicett | OBRERO | | Carlos Blanquicett |

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: | 20/09/2024 | DURACIÓN: | 20min |
| NOMBRE DE QUIÉN PRESIDE : | Stephanny | | |

| DIVULGACION DE ; | TEMAS DE LA CHARLA, CAPACITACIÓN O ENTRENAMIENTO |
|---|---|
| ☐ INDUCCIÓN | capacitación cuidado de manos, uso de dotación y elementos de Protección Personal |
| ☑ CAPACITACIÓN | |
| ☐ ENTRENAMIENTO | |
| ☐ REUNIÓN | |
| ☐ ACTIVIDAD | |

| N | NOMBRE Y APELLIDO | CARGO | EMPRESA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | daider enamorado | oficial | | |
| 2 | Diego Barrera | Oficial | | |
| 3 | juan david [illegible] | obrero | 1064310879 | |
| 4 | Gabriel Moreno L. | OBRERO | 1072529604 | |
| 5 | oscar de [illegible] | oficial | | |
| 6 | Manuel [illegible] C | oficial | | |
| 7 | YOVANNY | TODOS | | |
| 8 | ~~Hel~~ Helmuth | TODOS | 73231900 | |
| 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 Cuervo
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: | 09/09/2024 | DURACIÓN: | 30 min. |
| NOMBRE DE QUIÉN PRESIDE : | | | |

| DIVULGACION DE ; | TEMAS DE LA CHARLA, CAPACITACIÓN O ENTRENAMIENTO |
|---|---|
| ☑ INDUCCIÓN<br>☑ CAPACITACIÓN<br>☐ ENTRENAMIENTO<br>☐ REUNIÓN<br>☐ ACTIVIDAD | Inducción y Reinducción de personal. |

| N | NOMBRE Y APELLIDO | CARGO | EMPRESA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | MANUEL Tobar C | oficioL | | |
| 2 | Alexander vergara Gallego | obrero | | |
| 3 | IVAN Lopez tosecs | obrero | | |
| 4 | Jaider cramonro | oficial | | Jaider ch |
| 5 | Sergio Pinto Correa | obrero | | |
| 6 | OSCAR Luis CHICA | brero | | |
| 7 | Pedro ortega | brero | | |
| 8 | Daniel Esteban Borrido | obrero | | Esteban borrido |
| 9 | Alvaro Manjares Oviedo | Bodegu | | |
| 10 | JORGE Eliecer Garzon | Plomero | | Jorge Eliecer |
| 11 | Edwin Rivero Jaramillo | obrero | | Edw |
| 12 | YOVANNY | TRUS | | |
| 13 | Gabriel Moreno Licona | Obrero | | Gabriel |
| 14 | Ricardo monterrey | OF | | |
| 15 | Cristian Maturana Redondo | obrero | | |
| 16 | Jaider Vargas Ladeus | obrero | | Jaider Vargas |
| 17 | Luis Sierra | di | | |
| 18 | Manuel Jaramillo | 4 | | |
| 19 | Fabio Rivera | 4 | | |
| 20 | Oswaldo Ospino | oficial | | |
| 21 | Ana Maria suarez Morales | obrera | | Ana Maria suarez |
| 22 | Luis miguel contreras | obrero | | |
| 23 | Julio cesar pollo perez | obrero | | |
| 24 | Marco emilio arrojo avila | obrero | | |
| 25 | Edgardo ARRIETA P. | obrero | | |
| 26 | Andres F. España pinzon | obrero | | Andres F España |
| 27 | Hugo garay | obrero | | Hugo garay |
| 28 | Julian Barrios | obrero | | Julian Barrios |
| 29 | Juan Carlos Cardenas B | obrero | | |
| 30 | ELIECER COBO | MAESTRO | | ELIECER |
| 31 | EDUARDO GARCES | MAESTRO | | |
| 32 | Diego Barrera Upegui | Oficial | | |
| 33 | William Hernandez | obrero | | |

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: | 09/09/2024 | DURACIÓN: | 30min |
| NOMBRE DE QUIÉN PRESIDE : | Stephany Garay | | |

| DIVULGACION DE ; | TEMAS DE LA CHARLA, CAPACITACIÓN O ENTRENAMIENTO |
|---|---|
| ☑ INDUCCIÓN | Inducción y Reinducción |
| ☐ CAPACITACIÓN | |
| ☐ ENTRENAMIENTO | |
| ☐ REUNIÓN | |
| ☐ ACTIVIDAD | |

| N | NOMBRE Y APELLIDO | CARGO | EMPRESA | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | [illegible] | | | |
| 2 | Irvin Garay | obrero | | |
| 3 | Luis Mendoza | Obrero | | |
| 4 | Carlos Sierra | obrero | | |
| 5 | Pedro Murillo | Obrero | | |
| 6 | Jairo Ramos | obrero | | |
| 7 | Danyer M. | Obrero | | |
| 8 | Juan David Correa H | Obrero | Consorcio CMO | Juan Correa |
| 9 | Yaner Hernandez | obrero | | Yaner Hernandez |
| 10 | Kevin Sierra Zuñiga | Obrero | | Kevin Sierra |
| 11 | GUSTAVO ADOLFO RAMOS DIAZ | OBRERO | | GRAVADO |
| 12 | Yener Gonzalez | Obrero | | Yener |
| 13 | Pedro Manuel P | Obrero | | Pedro M.P. |
| 14 | JULIO CARLOS FLORES | OBRERO. | OBRASISOCMO | [illegible] |
| 15 | Juan Enrique Sadith Sierra | Obrero | | [illegible] |
| 16 | | | | |
| 17 | | | | |
| 18 | | | | |
| 19 | | | | |
| 20 | | | | |
| 21 | | | | |
| 22 | | | | |
| 23 | | | | |
| 24 | | | | |
| 25 | | | | |
| 26 | | | | |
| 27 | | | | |
| 28 | | | | |
| 29 | | | | |
| 30 | | | | |
| 31 | | | | |
| 32 | | | | |
| 33 | | | | |

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 | 20/09/2024 |

| No. | Nombre | cedula | Examen de Ingreso Fecha | Examen Periódico Fecha | Examen de Retiro Fecha | Observaciones y Recomendaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | JAIRO DE JESUS RAMOS RODRÍGUEZ | 18857561 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 3 | WUADITH ANTONIO MIRANDO CORTES | 1151188615 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 4 | JAIDER JOSÉ CHAMORRO ESTRADA | 92640310 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 5 | DIEGO ALEJANDRO BARRERA UPARELA | 15725762 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 6 | EVER ANTONIO FUENTES ARCIA | 92539319 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 7 | ROBERTO ANTONIO AGAMEZ JIMENEZ | 1003655736 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 8 | DANIEL DAVID MONTERROZA GONZALEZ | 1129504510 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 9 | WILLIAM JOSE DE AGUSTIN HERNANDEZ | 1067400596 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 11 | YOFRAN ANDRES SUAREZ ALVIS | 1131104539 | 16/07/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 12 | ROMULO EDUARDO PALMERA APARICIO | 11000373 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 14 | JESUS ALBERTO TARRAS CORDOBA | 1131108265 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 15 | ALEXANDER VERGARA GALLEGO | 1131108085 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 16 | CRISTIAN DAVID MALARIAGA LADEUTH | 1072522613 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 17 | HEYNER ALFONSO MONSALVO CASTRO | 85083707 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 18 | JESUS ANDRES YANEZ CORONADO | 1131105153 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 19 | TOMAS ZUÑIGA ARTEAGA | 1131108815 | RETIRADO | | | |
| 20 | HELMUTH TOUS PEÑATA | 73231900 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 21 | ANDRES SEGUNDO YANEZ RINCON | 78713047 | 16/07/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 22 | JEAN CARLOS CARDENAS BOHORQUEZ | 1007245363 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 24 | JOHAN SEBASTIAN ZUÑIGA LOPEZ | 1131104030 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 25 | EUCLIDES MANUEL MONTERROZA LOPEZ | 92496761 | POR PROGRAMAR | | | |
| 26 | EDER LUIS RINCO SUAREZ | 1005708714 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 27 | ALVARO ANDRES MANJARRES OVIDIO | 1116615548 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 28 | CARLOS EUGENIO BLANQUICET RIVERA | 1104867738 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |

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 | 20/09/2024 |

| No. | Nombre | cedula | Examen de Ingreso Fecha | Examen Periódico Fecha | Examen de Retiro Fecha | Observaciones y Recomendaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | ANDRÉS FELIPE ESPAÑA PINZÓN | 1010092215 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 4 | ANI LUZ SUAREZ MORALES | 1007245380 | 5/03/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 5 | GABRIEL MORENO LICONA | 1072529607 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 7 | JULIO CESAR POSSO PEREZ | 1072522158 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 9 | HUGO ALBERTO GARAY GLORIA | 1005708729 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 10 | IVAN DANILO DORIA TIRADO | 1064310879 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 12 | OSCAR ANTONIO RAMOS BEDOYA | 78034012 | POR PROGRAMAR | | | |
| 13 | LUISA SIBAJA LUNA | 1003395473 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 14 | JOSE ANTONIO HERNANDEZ GONZALEZ | 8741258 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 15 | DANIEL DARIO PALOMINO ALVAREZ | 78030594 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 16 | HELIODORO PRADA REGINO | 78717284 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 17 | OSCAR MIGUEL CAUSIL GALVAN | 1073809586 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 18 | LUIS ENRIQUE LADEUTH SUAREZ | 1131108805 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 19 | PEDRO JAFET MARQUEZ PEREGRINO | 1131107808 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 20 | KEVIN DAVID SIERRA ZUÑIGA | 1131104278 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 21 | KENER GONZALEZ BANQUET | 1007245339 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 22 | JUAN CARLOS INSIGNARES GLORIA | 1131110865 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 23 | JOHNNY LUIS DORIA MOLINA | 15034491 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 24 | CARLOS MARIO SIERRA BELLO | 1131106681 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 25 | JAVIER ANDRES BARRETO DIAZ | 1007663238 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 26 | KEVIN FUENTES JULIO | 1072529244 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 27 | CORREA HERNANDEZ JUAN DAVID | 1192777765 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 28 | DIANA MARIA MURILLO MORENO | 50988098 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |

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 | 20/09/2024 |

| No. | Nombre | cedula | Examen de Ingreso Fecha | Examen Periódico Fecha | Examen de Retiro Fecha | Observaciones y Recomendaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | DINEY PAMELA OSPINO JÍMENEZ | 1067920553 | 22/07/2024 | | | APTO SIN RESTRICION |
| 3 | KAROLAY CARABALLO REYES | 1069496540 | 1/08/2024 | | | APTO SIN RESTRICION |
| 4 | TANIA DAYANA YENERIS PADILLA | 1131107171 | 6/07/2024 | | | APTO SIN RESTRICION |
| 6 | CUAVAS ESQUIVEL TOMAS SEGUNDO | 9229788 | 2/07/2024 | | | APTO SIN RESTRICION |
| 7 | STEPHANNY GARAY SALGADO | 1131104122 | 1/07/2024 | | | APTO SIN RESTRICION |
| 8 | LUIS EDUARDO SALGADO PADILLA | 1067280132 | 1/07/2024 | | | APTO SIN RESTRICION |
| 9 | JUAN FERNANDO BRAVO GOMEZ | 1003655506 | PENDIENTE | | | |
| 10 | ALBERTO ENRIQUE JARABA SUAREZ | 1007245323 | PENDIENTE | | | |
| 11 | PEDRO LUIS MURILLO DE HOYOS | 9229029 | PENDIENTE | | | |
| 13 | LUIS MIGUEL CONTRERAS RINCO | 1131108111 | 13/07/2024 | | | APTO SIN RESTRICION |
| 14 | ABRAHAM RODRIGUEZ ESCUDERO | 1193043889 | 13/07/2024 | | | APTO SIN RESTRICION |
| 15 | GUSTABO RAMOS DÍAZ | 1131110304 | 13/07/2024 | | | APTO SIN RESTRICION |
| 16 | YEINER LUIS HERNANDEZ ALVAREZ | 1003561521 | 16/07/2024 | | | APTO SIN RESTRICION |
| 17 | GERMAN ALONSO PERALTA CARDENAS | 1005708688 | 16/07/2024 | | | APTO SIN RESTRICION |
| 18 | JUAN DAVID RAMOS DIAZ | 1131111481 | 16/07/2024 | | | APTO SIN RESTRICION |
| 20 | MANUEL FRANCISCO TOBAR CORREA | 15029586 | 16/07/2024 | | | APTO SIN RESTRICION |
| 22 | IVAN DARIO GARAY GLORIA | 1193142465 | 16/07/024 | | | APTO SIN RESTRICION |
| 23 | ALDRIN ROBERT VALENCIA | 8769402 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICION |
| 24 | JARLIN ARIEL VALENCIA | 72212811 | 3/09/2024 | | | APTO CON RESTRICION |
| 25 | JORGE ELIECER CANTILLO GUTIERREZ | 1047043732 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICION |
| 26 | MANUEL DE JESUS DOMINGUEZ PACHECHO | 8772760 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICION |
| 27 | RICARDO JOSE MANJARREZ PAREJO | 1007564070 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 28 | ENOC DIAZ ACOSTA | 72215503 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |

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 | 20/09/2024 |

| No. | Nombre | cedula | Examen de Ingreso Fecha | Examen Periódico Fecha | Examen de Retiro Fecha | Observaciones y Recomendaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | TOUS PEÑATA YOVANNY | 15619367 | 03/092024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 2 | ELMUTH TOUS PEÑATA | 73231900 | 03/092025 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 3 | FAIDER ELIAS VARGAS LADEUS | 1003655340 | 03/092026 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 4 | CARLOS ENRIQUE SARMIENTO TORRES | 78700868 | 03/092027 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 5 | OSWALDO URANGO HERNANDEZ | 1131108401 | 03/092028 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 6 | HOVER LUIS HERRERA TIRADO | 78704837 | POR PROGRAMAR | | | |
| 7 | ADALBERTO DANIEL GOMEZ HERNANDEZ | 11154441 | POR PROGRAMAR | | | |
| 8 | JULIAN FRANCISCO BARRIOS CORTINA | 92230393 | POR PROGRAMAR | | | |
| 9 | GARZON LOPEZ JORGE ELIECER | 15682314 | POR PROGRAMAR | | | |
| 10 | CONEO MARQUEZ ELIECER | 1131104488 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 11 | JUAN CARLOS CORREA SEÑA | 11033215 | POR PROGRAMAR | | | |
| 12 | JORGE ENRIQUE CRUZ BENEDETTI | 9074773 | POR PROGRAMAR | | | |
| 13 | JOHN JAIRO BANQUET DONADO | 15621529 | 24/07/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 14 | JOHANNA KARINA FUENTES PEÑA | 50909828 | POR PROGRAMAR | | | |
| 15 | LUIS ALFONSO MARTINEZ MENDOZA | 1005708736 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 16 | CALORS ALBERTO FALS ARROYO | 1047393966 | POR PROGRAMAR | | | |
| 17 | IVAN DARIO SALGADO CRUZ | 1067855135 | POR PROGRAMAR | | | |
| 18 | VICTOR JOSE CRUZ PATERNINA | 92517051 | 3/09/2024 | | | APTO SIN RESTRICCION |
| 19 | | | | | | |
| 20 | | | | | | |
| 21 | | | | | | |
| 22 | | | | | | |
| 23 | | | | | | |
| 24 | | | | | | |
| 25 | | | | | | |
| 26 | | | | | | |
| 27 | | | | | | |
| 28 | | | | | | |

FIRMA COORDINADOR SST

FIRMA AUXILIAR SST

# Hoja vida medico

# *Hoja De Vida*

## *Luis Gabriel Aldana Otero*

Mi Hoja De Vida

# DATOS PERSONALES

| | |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANÍA | 15.038.362 de Sahagún - Córdoba |
| FECHA DE NACIMIENTO | Agosto 23 de 1955 |
| LUGAR DE NACIMIENTO | Sahagún – Córdoba |
| ESTADO CIVIL | Casado |
| PROFESIÓN | Medico |
| ESPECIALIDAD | Medico Salud Ocupacional |
| DIRECCIÓN | Barrio Centro Cra 8 Nº 14 - 29 |
| TELÉFONO | 311 736 73 21 |
| CORREO | luchoaldanotero@gmail.com |
| CIUDAD | Sahagún – Córdoba |

# ESTUDIOS REALIZADOS

**COLEGIO ANDRÉS RODRÍGUEZ B**
**Título obtenido:** Bachiller Académico Sahagún, Córdoba,

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA**
**Título Obtenido:** Medico
Cartagena - Bolívar

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA**
**Posgrado:** Medico en Salud Ocupacional
Cartagena - Bolívar

# EXPERIENCIA LABORAL

| | |
|---|---|
| **ENTIDAD** | **HOSPITAL SAN JUAN DE SAHAGÚN** |
| CARGO | Gerente |
| TIEMPO DE SERVICIO | 5 años |
| TELÉFONO | 7777575 - 3107285859 |
| CIUDAD | Sahagún – Córdoba |

| | |
|---|---|
| **ENTIDAD** | **HOSPITAL SAN JUAN DE SAHAGÚN** |
| CARGO | Medico Coordinador de Urgencias |
| TIEMPO DE SERVICIO | 8 años |
| TELÉFONO | 7777575 - 3107285859 |
| CIUDAD | Sahagún – Córdoba |

| | |
|---|---|
| **ENTIDAD** | **INSTITUTO DE SEGUROS SOCIAL** |
| CARGO | Jefe médico en Salud Ocupacional |
| TIEMPO DE SERVICIO | 3 años y 6 meses |
| JEFE INMEDIATO | Rene Burgos |
| CIUDAD | Montería – Córdoba |

# REFERENCIAS PERSONALES

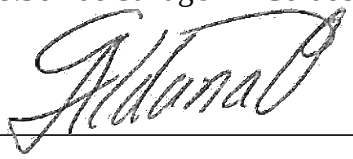
| | |
|---|---|
| NOMBRE | **NICOLÁS BULA** |
| OCUPACIÓN | Contador |
| TELÉFONO | 3148148843 |
| CIUDAD | SahagÚn – Córdoba |
| NOMBRE | **BEATRIZ VITAR ARUACHAN** |
| OCUPACIÓN | Subdirectora Científica Hospital San Juan de SahagÚn |
| TELÉFONO | 3173717543 |
| CIUDAD | SahagÚn – Córdoba |

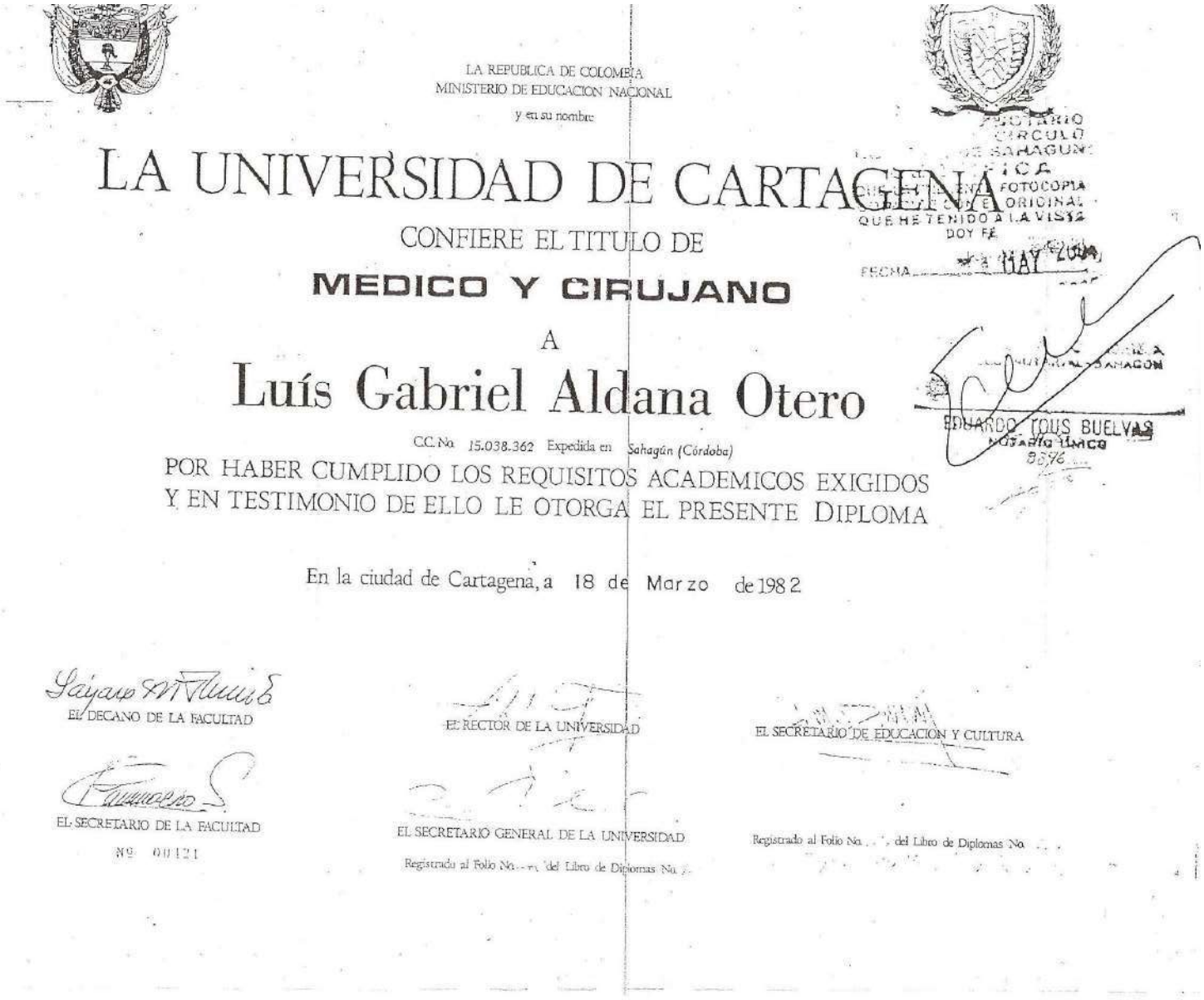
# REFERENCIAS FAMILIARES

| | |
|---|---|
| NOMBRE | **IVAN ALDANA ALDANA** |
| OCUPACIÓN | Medico Internista |
| TELÉFONO | 3003335400 |
| CIUDAD | SahagÚn – Córdoba |
| NOMBRE | **LIDA ALDANA** |
| OCUPACIÓN | Subdirectora Científica Hospital San Juan de SahagÚn |
| TELÉFONO | 3017543966 |
| CIUDAD | SahagÚn – Córdoba |

*Luis Gabriel Aldana Otero*

C.C. N° 15.038.362 de SahagÚn – Córdoba





LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
y en su nombre

# LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

CONFIERE EL TITULO DE

**MEDICO Y CIRUJANO**

A

## Luís Gabriel Aldana Otero

CC No. 15.038.362 Expedida en Sahagún (Córdoba)

POR HABER CUMPLIDO LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS
Y EN TESTIMONIO DE ELLO LE OTORGA EL PRESENTE DIPLOMA

En la ciudad de Cartagena, a 18 de Marzo de 1982

EL DECANO DE LA FACULTAD

EL SECRETARIO DE LA FACULTAD

Nº 00121

EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

EL SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD

Registrado al Folio No. ... del Libro de Diplomas No. ...

EL SECRETARIO DE EDUCACION Y CULTURA

Registrado al Folio No. ..., del Libro de Diplomas No. ...

NOTARIO CIRCULO DE SAHAGUN
FOTOCOPIA
ORIGINAL
QUE HE TENIDO A LA VISTA
DOY FE
FECHA MAY 2004
EDUARDO TOUS BUELVAS
NOTARIO UNICO
8576

CIRCULO
NOTARIAL DE SAHAGUN
CERTIFICA
QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA
COINCIDE CON EL ORIGINAL
QUE HE TENIDO A LA VISTA
DOY FE
FECHA 18 MAY 2001
NOTARIA UNICA

# LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

Cartagena - Colombia

## ACTA DE GRADO No. 001

En la ciudad de Cartagena, a los DIEZ Y OCHO (18) días del mes de MARZO de mil novecientos ochenta y DOS (198 2), se realizó la graduación COLECTIVA en ceremonia SOLEMNE a solicitud del Decano de la Facultad MEDICINA a la Rectoría, quien autorizó el acto mediante Resolución No. 114 de fecha 17 de MARZO de 198 2 por medio de la cual, otorga, de acuerdo a la Ley y los Estatutos de la Universidad, el título de MEDICO Y CIRUJANO al estudiante LUIS GABRIEL ALDANA OTERO portador de la cédula de ciudadanía No. 15'038.362 expedida en SAHAGUN - CORDOBA a quien se le tomó el juramento de rigor y se le hizo entrega del Diploma que lo autoriza para el ejercicio de la profesión de MEDICO Y CIRUJANO según las disposiciones vigentes.

Este título es equivalente al de DOCTOR que se expedía antes de la promulgación de la Ley 80 de 1980.

Para constancia de lo expuesto, se firma la presente acta por todos los que en ella intervinieron.

LUIS H. ARRAUT ESQUIVEL.
Rector

LAZARO MARIA PEREZ ESTARITA, M.D.
Decano

HERNANDO THORNE CAMPO.
El Secretario General

00398



LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL
y en su nombre

# LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

CONFIERE EL TITULO DE

## Especialista en Salud Ocupacional

A

## LUIS GABRIEL ALDANA OTERO

CC No. 15.038.362 Expedida en Sahagún (Córd.)

POR HABER CUMPLIDO LOS REQUISITOS ACADEMICOS EXIGIDOS
Y EN TESTIMONIO DE ELLO LE OTORGA EL PRESENTE DIPLOMA

En la ciudad de Cartagena de Indias, a *4 de abril de 1997*

EL DECANO DE LA FACULTAD

EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD

EL SECRETARIO DE LA FACULTAD

EL SECRETARIO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD

Registrado al Folio No. 77 del Libro de Diplomas No. 3

11594

8 MAY 2004

EDUARDO TOUS BUELVAS
NOTARIO UNICO

Mi Hoja De Vida

# LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
Cartagena - Colombia

## ACTA DE GRADO No. 06

En la ciudad de Cartagena, a los cuatro ( 4 ) días del mes de abril de mil novecientos noventa y siete (1.997), se realizó la graduación colectiva en ceremonia privada a solicitud del Decano de la Facultad de Enfermería a la Rectoría, quien autorizó el acto mediante Resolución No. 0570 de fecha 3 de abril de 1.997 por medio de la cual, otorga, de acuerdo a la Ley y los Estatutos de la Universidad, el título de ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL al estudiante LUIS GABRIEL ALDANA OTERO portador de la cédula de ciudadanía No. 15.038.362 expedida en Sahagún (Córd.) a quien se le tomó el juramento de rigor y se le hizo entrega del Diploma que lo autoriza para el ejercicio de la profesión de ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL según las disposiciones vigentes.

Este título es equivalente al de ----------que se expedía antes de la promulgación de la Ley 80 de 1.980.

Para constancia de lo expuesto, se firma la presente acta por todos los que en ella intervinieron.

MANUEL SIERRA NAVARRO
Rector

VILMA VERGARA MARTELO
Decano

JOSEFINA QUINTERO LYONS
El Secretario General

Gobernación de
# Córdoba
Ahora le toca al pueblo

**RESOLUCION Nº** [redacted] - 01252

"Por medio de la cual se autoriza renovación de Licencia de Prestación de Servicios de Salud Ocupacional otorgada mediante Resolución No. 2407 de octubre 26 de 2010, conforme a las prescripciones de la Resolución 004502 de 2012 como Licencia de Prestación de Servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo y se dictan otras disposiciones".

**EL SECRETARIO DE DESARROLLO DE LA SALUD DE CORDOBA**

En uso de sus facultades conferidas por la Ley 9 de 1979 artículos 83 y siguientes, demás normas concordantes y complementarias; en especial las conferidas por el artículo 2 literal A de la Resolución No. 00004502 de fecha diciembre 28 de 2012, emanada del Ministerio de Salud y Protección Social, en plena concordancia y armonía con lo dispuesto en el artículo 23 de la Ley 1562 de 2012, y

**CONSIDERANDO**

Que la ley 9 de 1979 en su título III SALUD OCUPACIONAL indica que las disposiciones contenidas en su cuerpo normativo aplicables a la salud de los trabajadores, es una condición indispensable para el desarrollo socio-económico del país y en consecuencia son aplicables en todo lugar de trabajo y a toda clase de trabajo, cualquiera que sea la forma jurídica de su organización o prestación, regulando las acciones destinadas a promover y proteger la salud de las personas.

Que de conformidad con esa regulación legal y en atención al tema de SALUD OCUPACIONAL el artículo 83 de la Ley ibidem establece: *Corresponde al Ministerio de Salud:*

a) *Establecer, en cooperación con los demás organismos del Estado que tengan relación con estas materias, las regulaciones técnicas y administrativas destinadas a proteger, conservar y mejorar la salud de los trabajadores en el territorio nacional, supervisar su ejecución y hacer cumplir las disposiciones del presente título y de las reglamentaciones que de acuerdo con él se expidan;*
b) *Promover y ejercer acciones de investigación, control, vigilancia y protección de la salud de las personas que trabajan.....*
c) *.....( )*

Que el artículo 87 de la Ley 09 de 1979 determina... *las personas que presten servicios de salud ocupacional a empleadores o trabajadores estarán sujetos a la supervisión y vigilancia del Ministerio de Salud o la entidad en que éste delegue.*

Que mediante Resolución 0004502 del 28 de diciembre de 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social, reglamentó el procedimiento y requisitos para el otorgamiento y renovación de las licencias de Salud Ocupacional, estableciendo en su artículo 1° que *la expedición, renovación, vigilancia y control de las licencias de salud ocupacional a las personas naturales o jurídicas públicas o privadas que oferten a nivel nacional, servicios de seguridad y salud en el trabajo, definidos por el artículo 1o de la Ley 1562 de 2012, estará a cargo de las Secretarías Seccionales y Distritales de Salud, en cumplimiento de la competencia asignada a estas por el inciso primero del artículo 23 de la citada ley, previo el cumplimiento de los requisitos y procedimientos señalados.*



Powered by CamScanner

Continuación **RESOLUCION Nº** 01252

Que conforme a lo dispuesto en el artículo 2º de la Resolución supra *el otorgamiento y renovación de las licencias de salud ocupacional a las personas naturales o jurídicas públicas o privadas que oferten, servicios de seguridad y salud en el trabajo, estará sujeto al cumplimiento de los siguientes requisitos.*

*a) Personas naturales:*

*1. Fotocopia de los títulos o diplomas debidamente legalizados que demuestren el nivel académico otorgado por una institución de educación superior debidamente aprobada por el Ministerio de Educación Nacional, en cualquiera de las siguientes modalidades de formación académica:*

*a) Profesional Universitario con posgrado en un área de salud ocupacional, con título obtenido en una institución de educación superior debidamente aprobada por el Ministerio de Educación Nacional.*

*b) Profesional Universitario en un área de salud ocupacional, con título obtenido en una institución de educación superior debidamente aprobada por el Ministerio de Educación Nacional.*

*c) Tecnólogo en salud ocupacional, con título obtenido en una institución de educación superior debidamente aprobada por el Ministerio de Educación Nacional.*

*d) Técnico en salud ocupacional, con título obtenido en una institución de educación superior debidamente aprobada por el Ministerio de Educación Nacional.*

*2. Fotocopia del documento que demuestre que el programa académico cursado es de educación formal de carácter superior, conforme a lo establecido en las leyes 30 de 1992 y 115 de 1994 o las que las modifiquen, adicionen o sustituyan.*

*3. Fotocopia del pensum académico o asignaturas aprobadas que soporten los campos de acción de su formación.*

*b) Personas Jurídicas:*

*Que el parágrafo 1 del artículo 2 de la Resolución 004502 de 2012 establece: Para la renovación de la licencia de salud ocupacional, la cual puede solicitarse en cualquier Secretaria Seccional o Distrital de Salud, la persona natural o jurídica pública o privada, además de acreditar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el presente artículo, deberá anexar copia de la licencia anterior o soporte en el cual conste que se trata de una actualización de la misma ( Subrayas fuera del texto, para connotar ).*

Que **LUIS GABRIEL ALDANA OTERO**, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No.15.038.362 expedida en Sahagún (Córdoba) residenciado en la Carrera 8 N° 14-29 del municipio de Sahagún (Córdoba),ha solicitado renovación y actualización de la Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), dado su perfil profesional como Medico y Cirujano, egresado de la Universidad de Cartagena, Especialista en Salud Ocupacional, otorgada por la Universidad del Cartagena, anexando para los efectos de su petición signada el 23 de septiembre de 2020, además de la documentación exigida en el artículo 2 literal A de la Resolución 004502 de 2012, así:



Powered by CamScanner

Continuación **RESOLUCION Nº** 01252

1. Formato de solicitud de expedición de la licencia de seguridad y salud en el trabajo anexo técnico 2 debidamente diligenciado, con indicación de los servicios y las áreas en que se encuentra capacitado y las características básicas de los servicios que va a prestar.
2. Fotocopia de los títulos o diplomas debidamente legalizados, qué demuestran el nivel académico alcanzado.
3. Fotocopia del documento que demuestra que el programa académico cursado es de educación formal de carácter superior.
4. Fotocopia del pensum académico o asignaturas aprobadas que soporten los campos de acción de su formación.

Que la documentación presentada por **LUIS GABRIEL ALDANA OTERO**, identificado (a) con la cedula de ciudadanía No.15.038.362 expedida en Sahagún (Córdoba), lo (a) acredita para la prestación de servicios de Seguridad y Salud en el Trabajo como Medico y Cirujano de la Universidad de Cartagena, Especialista en Salud Ocupacional, otorgado por la Universidad de Cartagena, en las áreas que para el efecto tiene definidos como campos de acción el anexo 3 de la Resolución004502 de 2012, se dan:

- MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- INVESTIGACIÒN EN AREA TECNICA
- INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO COMO PROFESIONAL EN MEDICINA
- EDUCACIÓN
- CAPACITACIÓN
- DISEÑO, ADMINISTRACIÓN Y EJECUCIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

En mérito a lo antes expuesto, se

**RESUELVE**

**ARTÍCULO PRIMERO:** Concédasele Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo al Médico y Cirujano, Especialista en Salud Ocupacional **LUIS GABRIEL ALDANA OTERO,** identificado (a) con la cédula de ciudadanía No.15.038.362 expedida en Sahagún (Córdoba) de acuerdo al perfil profesional y las especializaciones acreditadas para ejercerla en las áreas y campos de acción de que trata el anexo 3 de la Resolución 004502 de 2012, así:

MEDICINA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, INVESTIGACIÒN EN AREA TECNICA, INVESTIGACIÓN DEL ACCIDENTE DE TRABAJO COMO PROFESIONAL EN MEDICINA, EDUCACION, CAPACITACION, DISEÑO, ADMINISTRACION Y EJECUCION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

**ARTICULO SEGUNDO:** La Licencia de que trata el artículo anterior, se concede por un término de 10 años, contados a partir de la ejecutoria de la presente Resolución y podrá ser renovada por un término igual, siempre y cuando cumpla con los requisitos estipulados por las normas vigentes al momento de la renovación.



Powered by CamScanner

Continuación **RESOLUCION Nº** 01252

**RESUELVE**

PARAGARAFO: a) Esta licencia es válida en todo el territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

b) El titular de la licencia debe notificar a la Secretaria de Salud, modificaciones de alguno de los requisitos acreditados en la presente licencia, treinta (30) días de antelación a su ocurrencia.

c) Los titulares de las licencias, deberán cumplir en el ejercicio de sus actividades con las normas legales, técnicas y éticas para la prestación de servicios en seguridad y salud en el trabajo, que para tal fin expida el Ministerio de Salud y Protección Social.

**ARTÍCULO TERCERO:** Contra la presente Resolución proceden los recursos de ley.

**COMUNIQUESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE.**

Dado en Montería, a los 28 SEP 2020

**WALTER HERNAN GOMEZ REYES**
Secretario de Desarrollo de la Salud

Elaboro: Zobeida Alvarado – Profesional Esp - Ref -Salud y Riesgos Laborales
Proyecto: Patricia Vélez Herrera -Tec. Salud Ocupacional
Reviso: Moisés Yerena - Contratista - Salud
Aprobó: Jairo Vargas – Ref Oficina Jurídica
Sain Mendoza Asesor de Despacho



Powered by CamScanner

I.S.S. PERSONAL CAN 2213098 02-25-94 16:14 [78] HL1

ISS - Centro Administrativo Nacional CAN - Conmutador 222 - 3300 - Dirección General 222 - 1918 - 222 - 4325
Apartado Aéreo 5053 - Cables "ISS" - Bogotá - Colombia

RESOLUCION NUMERO 0861

22 FEB. 1994

Por la cual se efectúa un nombramiento provisional en la Seccional de Córdoba.

INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES

LA PRESIDENTE DEL INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES

en uso de sus facultades legales,

R E S U E L V E :

ARTICULO PRIMERO.- Nombrar provisionalmente hasta por el término de un (1) año en la Seccional de Córdoba, con la asignación básica mensual equivalente a la señalada para el nivel A del respectivo Grado, a LUIS GABRIEL ALDANA OTERO con cédula de ciudadanía número 15.038.362, en el cargo de Médico General (Jefe de Sección) Grado 36, 8 horas, Sección Salud Ocupacional, Sede Seccional.

ARTICULO SEGUNDO.- Al momento de la posesión LUIS GABRIEL ALDANA OTERO, deberá acreditar el cumplimiento de los requisitos mínimos de escolaridad y experiencia exigidos para el desempeño del cargo.

ARTICULO TERCERO.- El presente nombramiento provisional causa prestaciones sociales.

ARTICULO CUARTO.- La presente Resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

COMUNIQUESE Y CUMPLASE 22 FEB. 1994

Dada en Santafé de Bogotá, D.C. a:

LA PRESIDENTE,

PANNY SANTAMARIA TAVERA

EL SECRETARIO GENERAL,

JOSE ANTONIO DURAN ARIZA

Secretario General

EL SUBDIRECTOR DE PERSONAL,

SAMUEL RODRIGUEZ DIAZ

Sub-Dirección de Personal

LECDEC/MBA/Isab

SEGURO SOCIAL
Para Siempre
DPTO. DE RECURSOS HUMANOS

JDRH - 451

Montería, 9 de octubre de 1997

Doctor
LUIS GABRIEL ALDANA OTERO
Coordinador
CAESO
SEGURO SOCIAL
Montería

Apreciado doctor:

Me permito remitirle el oficio número P-5065 de fecha 9 de octubre de 1997, emanado de la Presidencia del ISS mediante el cual se le acepta la terminación a partir del 8 de octubre de 1997 del Contrato de Trabajo como Coordinador del CAESO Seccional Córdoba.

Quiero expresarle mis agradecimientos y el de las Directivas de esta Seccional por los invaluables servicios prestados por usted a la comunidad de beneficiarios de la Institución con esmero, profesionalismo y sentido de responsabilidad.

Cordialmente,

OTONIEL SOTO CAMPILLO
Jefe Departamento Recursos Humanos

Emilce A.

**E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN**
NIT.812 003 851 - 0
TEL.7589700 - 7587539 - 7587670 - FAX. 7777507
SAHAGÚN - CÓRDOBA

**EL TECNICO OPERATIVO (E) DE RECURSOS HUMANOS DE LA E. S. E. HOSPITAL SAN JUAN**

**CERTIFICA:**

Que el doctor **LUIS GABRIEL ALDANA OTERO**, identificado con la cédula de ciudadanía No.15.038.362 de Sahagún (Córdoba), presta sus servicios como Médico en Salud Ocupacional y realizando evaluaciones medicas de ingreso periódicos y egresos.

Para constancia se expide y firma la presente a solicitud de parte interesada en Sahagún, a los 29 días del mes de agosto de 2014.

**DERNA GUZMAN FERIS**
Técnico Operativo (E)

E-mail: rhumanos@eshospitalsanjuan.gov.co
Calle 18 N° 1-60
Telefax 7589700 -7587670-75
Sahagún Córdoba

# Salud Ocupacional Total S.A.S

"Porque proteger la salud de los trabajadores ES UN DEBER MORAL y una OBLIGACIÓN LEGAL"



**SALUD OCUPACIONAL TOTAL S.A.S**
**NIT: 900408285-1**

**A QUIEN INTERESE**

Que el (la) Señor (a): LUIS GABRIEL ALDANA OTERO identificado(a) con cedula de ciudadanía Nº 15.038.362 de Sahagún, labora con nosotros prestándonos sus servicios como medico ocupacional realizando evaluaciones medicas ocupacionales (ingreso, periódicos y de egreso), en brigadas extramurales desde el 2013 hasta la fecha.

Para constancia se firma en montería a los 28 días del mes de Agosto de 2014, a Solicitud del interesado.

Atentamente,

DAVID SÁNCHEZ SUAREZ
Representante legal

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14796164505

(415)7707212489984(8020) 000001479616450 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 5 0 3 8 3 6 2 | 0 | Impuestos y Aduanas de Montería 1 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 5 0 3 8 3 6 2 | 1 9 7 6 0 1 1 7 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Sahagún 6 6 0 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ALDANA | OTERO | LUIS | GABRIEL |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Sahagún 6 6 0 |

41. Dirección principal: CR 8 14 29

42. Correo electrónico: luchoaldanaotero@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 1 7 3 6 7 3 2 1 | |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 0 0 1 0 | 1 9 8 2 1 2 0 2 | 8 6 2 1 | 1 9 8 2 1 2 0 2 | | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

53. Código 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

| Obligados aduaneros | Exportadores |
|---|---|
| 54. Código (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20) | 55. Forma / 56. Tipo; Servicio 1 2 3; 57. Modo; 58. CPC |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2 61. Fecha 2021 - 11 - 08 / 11 : 18: 05

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre VANEGAS AMEZQUITA ROMAN GERARDO
985. Cargo Gestor IV

Fecha generación documento PDF: 08-11-2021 11:18:11AM

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Mi Hoja De Vida



REP UBLICA DE 5OL;OM BIA
MINISTERIO DE SALUD
TARJETA PROFESIONAL
Registro Nº
01 396/1987
Firma Médico
Nombres y Apellidos
LUIS GABRIEL ALDANA OTERO
C.C. o C.E. C 1503 362 De SAHAGUN
CARTAGENA CARTAGENA
Código: 37115/23 Fecha de Expedición 09/09/2003



f/IINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
FIRMA MINISTRO DE SALUD
ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PUBLICO Y SE EXPIDE DE CONFOFMIDAD AL DE GRE+O № 1^65 D.EL 7 DE SEPTIE MBR E
St ES/@ TARJETA ES ENCON*RADA, FAVOR DEVOLVERLA AL MINISTERIO DE SALUD.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 15.038.362
ALDANA OTERO
APELLIDOS
LUIS GABRIEL
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 23-AGO-1955
SAHAGUN
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA
AB+ G.S. RH
M SEXO

17-ENE-1976 SAHAGUN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1303700-00132510-M-0015038362-20081201 0007304012A 2 7460014443

# Evaluaciones medicas ocupaciones

Salud Ocupacional

## LUIS GABRIEL ALDANA OTERO

Médico especialista en salud ocupacional
Registro medico 8396
Licencia Salud Ocupacional: 01252 del 28/09/2020
celular: 3117367321

| FECHA | C.C. |
|---|---|
| 03-Sept-2024 | 1072522613 |

### CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

#### DATOS PERSONALES

| NOMBRE COMPLETO | FECHA NACIMIENTO | T. SANGRE |
|---|---|---|
| Cristian David Madariaga Ladeuth | 03-03-2000 | O+ |

| CIUDAD | EPS | EDAD | MOVIL |
|---|---|---|---|
| Coveñas. | Mutual ser | 24 año | 3146593906 |

| EMPRESA | ENFASIS | CARGO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|
| Consorcio CMO Hospital Sucre | OSTEMUSCULAR | Obrero | Coveñas |

#### CERTIFICACION DE APTITUD

| APTO PARA EL CARGO | SI | APLAZADO | |
|---|---|---|---|

| Apto para trabajo en alturas | | Apto para trabajo con restricción | | Apto para manipulacion de alimentos | |
|---|---|---|---|---|---|

#### OBSERVACIONES AL CONCEPTO

PACIENTE SIN PATOLOGIA APARENTE QUE LA LIMITE PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES, SE LE DAN RECOMENDACIONES SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIO.

PACIENTE SIN LIMITACION FISICA PARA DESARROLLAR SUS FUNCIONES OSTEOMUSCULAR.

#### RECOMENDACIONES ESPECIFICAS Y/O RESTRICCIONES

1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 2. DIETA SANA Y EJERCICIOS DIARIOS. 3. PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. 4. USO ADECUADAMENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 5. AUTOEXAMEN TESTICULAR. 6. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD FRENTE AL COVID 19. 7, BAJAR DE PESO CITA CON LA NUTRICIONISTA DE LA EPS.

#### EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Audiometria | | Glicemia Basal | | KOH, Coprológico, Frotis Faringeo | |
| Visiometria | | Perfil Hepático | | Rx Columna Dinámica | |
| Espirometría | | Test de Fobias | | RX Columna Lumbosacra | |
| Cuadro Hemático | | Electrocardiograma | | Sensopsicométrico | |
| Perfil Lipídico | | Rx Tórax | | Parcial de Orina | |

#### LEGALIDAD

**Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido pleno es Inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.**

Firma del Paciente

Firma Médico Especialista en SO

Luis Aldana Otero
MD. SALUD OCUPACIONAL
LSO 1252

Salud Ocupacional

# LUIS GABRIEL ALDANA OTERO

Mèdico especialista en salud ocupacional
Registro medico 8396
Licencia Salud Ocupacional: 01252 del 28/09/2020
celular: 3117367321

| FECHA | C.C. |
|---|---|
| 03-sept-2024 | 1064310879 |

## CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

### DATOS PERSONALES

| NOMBRE COMPLETO | FECHA NACIMIENTO | T. SANGRE |
|---|---|---|
| Ivan Doria Tirado | 19-12-2004 | A+ |

| CIUDAD | EPS | EDAD | MOVIL |
|---|---|---|---|
| Coveñas. | Nueva EPS. | 19 años. | 3044777748 |

| EMPRESA | ENFASIS | CARGO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|
| Consorcio CHO Hospital Sucre | OSTEMUSCULAR | Obrero | Coveñas. |

### CERTIFICACION DE APTITUD

| APTO PARA EL CARGO | SI | APLAZADO | |
|---|---|---|---|

| Apto para trabajo en alturas | | Apto para trabajo con restricción | | Apto para manipulacion de alimentos | |
|---|---|---|---|---|---|

### OBSERVACIONES AL CONCEPTO

PACIENTE SIN PATOLOGIA APARENTE QUE LA LIMITE PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES, SE LE DAN RECOMENDACIONES SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIO.

PACIENTE SIN LIMITACION FISICA PARA DESARROLLAR SUS FUNCIONES OSTEOMUSCULAR.

### RECOMENDACIONES ESPECIFICAS Y/O RESTRICCIONES

1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 2. DIETA SANA Y EJERCICIOS DIARIOS. 3. PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. 4. USO ADECUADAMENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 5. AUTOEXAMEN TESTICULAR. 6. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD FRENTE AL COVID 19. 7, BAJAR DE PESO CITA CON LA NUTRICIONISTA DE LA EPS.

### EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Audiometría | | Glicemia Basal | | KOH, Coprológico, Frotis Faringeo | |
| Visiometria | | Perfil Hepático | | Rx Columna Dinámica | |
| Espirometría | | Test de Fobias | | RX Columna Lumbosacra | |
| Cuadro Hemático | | Electrocardiograma | | Sensopsicométrico | |
| Perfil Lipídico | | Rx Tórax | | Parcial de Orina | |

### LEGALIDAD

**Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido pleno es inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.**

Firma del Paciente

Firma Médico Especialista en SO

Luis Aldana Otero
MD. SALUD OCUPACIONAL
LSO 1252

Salud Ocupacional

## LUIS GABRIEL ALDANA OTERO

Mèdico especialista en salud ocupacional
Registro medico 8396
Licencia Salud Ocupacional: 01252 del 28/09/2020
celular: 3117367321

| FECHA | C.C. |
|---|---|
| 03-Sept-2024 | 1010092215 |

### CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

#### DATOS PERSONALES

| NOMBRE COMPLETO | FECHA NACIMIENTO | T. SANGRE |
|---|---|---|
| Andres Felipe España Pinzon | 26-09-1997 | A+ |

| CIUDAD | EPS | EDAD | MOVIL |
|---|---|---|---|
| Coveñas. | familiar de Colom. | 26 años. | 3017931340 |

| EMPRESA | ENFASIS | CARGO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|
| Consorcio CMO Hospital Sucre | OSTEMUSCULAR | Obrero | Coveñas |

#### CERTIFICACION DE APTITUD

| APTO PARA EL CARGO | SI | APLAZADO | |
|---|---|---|---|

| Apto para trabajo en alturas | | Apto para trabajo con restricción | | Apto para manipulacion de alimentos | |
|---|---|---|---|---|---|

#### OBSERVACIONES AL CONCEPTO

PACIENTE SIN PATOLOGIA APARENTE QUE LA LIMITE PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES, SE LE DAN RECOMENDACIONES SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIO.

PACIENTE SIN LIMITACION FISICA PARA DESARROLLAR SUS FUNCIONES OSTEOMUSCULAR.

#### RECOMENDACIONES ESPECIFICAS Y/O RESTRICCIONES

1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 2. DIETA SANA Y EJERCICIOS DIARIOS. 3. PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. 4. USO ADECUADAMENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 5. AUTOEXAMEN TESTICULAR. 6. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD FRENTE AL COVID 19. 7, BAJAR DE PESO CITA CON LA NUTRICIONISTA DE LA EPS.
CITA CON OFTALMOLOGO

#### EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Audiometría | | Glicemia Basal | | KOH, Coprológico, Frotis Faringeo | |
| Visiometria | | Perfil Hepático | | Rx Columna Dinámica | |
| Espirometría | | Test de Fobias | | RX Columna Lumbosacra | |
| Cuadro Hemático | | Electrocardiograma | | Sensopsicométrico | |
| Perfil Lipídico | | Rx Tórax | | Parcial de Orina | |

#### LEGALIDAD

**Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido pleno es inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.**

Andres F. España
Firma del Paciente

Firma Médico Especialista en SO

Luis Aldana Otero
MD. SALUD OCUPACIONAL
LSO 1252

Salud Ocupacional

# LUIS GABRIEL ALDANA OTERO

Mèdico especialista en salud ocupacional
Registro medico 8396
Licencia Salud Ocupacional: 01252 del 28/09/2020
celular: 3117367321

| FECHA | C.C. |
|---|---|
| 03-Sept-2024 | 85083702 |

## CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

### DATOS PERSONALES

| NOMBRE COMPLETO | FECHA NACIMIENTO | T. SANGRE |
|---|---|---|
| Heiner Alfonso Monsalvo Castro | 25-06-1982 | O+ |

| CIUDAD | EPS | EDAD | MOVIL |
|---|---|---|---|
| Coveñas | Nueva | 42 años | 3108207461 |

| EMPRESA | ENFASIS | CARGO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|
| Consorcio CMO Hospital Sucre | OSTEMUSCULAR | Obrero | Coveñas. |

### CERTIFICACION DE APTITUD

| APTO PARA EL CARGO | SI | APLAZADO | |
|---|---|---|---|

| Apto para trabajo en alturas | | Apto para trabajo con restricción | | Apto para manipulacion de alimentos | |
|---|---|---|---|---|---|

### OBSERVACIONES AL CONCEPTO

PACIENTE SIN PATOLOGIA APARENTE QUE LA LIMITE PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES, SE LE DAN RECOMENDACIONES SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIO.

PACIENTE SIN LIMITACION FISICA PARA DESARROLLAR SUS FUNCIONES OSTEOMUSCULAR.

### RECOMENDACIONES ESPECIFICAS Y/O RESTRICCIONES

1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 2. DIETA SANA Y EJERCICIOS DIARIOS. 3. PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. 4. USO ADECUADAMENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 5. AUTOEXAMEN TESTICULAR. 6. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD FRENTE AL COVID 19. 7, BAJAR DE PESO CITA CON LA NUTRICIONISTA DE LA EPS.

### EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Audiometria | | Glicemia Basal | | KOH, Coprológico, Frotis Faringeo | |
| Visiometria | | Perfil Hepático | | Rx Columna Dinámica | |
| Espirometria | | Test de Fobias | | RX Columna Lumbosacra | |
| Cuadro Hemático | | Electrocardiograma | | Sensopsicométrico | |
| Perfil Lipídico | | Rx Tórax | | Parcial de Orina | |

### LEGALIDAD

**Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido pleno es inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.**

Heiner Monsalvo Castro
Firma del Paciente

Aldana
Firma Médico Especialista en SO

Luis Aldana Otero
MD. SALUD OCUPACIONAL
LGO 1252

Salud Ocupacional

# LUIS GABRIEL ALDANA OTERO

Mèdico especialista en salud ocupacional
Registro medico 8396
Licencia Salud Ocupacional: 01252 del 28/09/2020
celular: 3117367321

| FECHA | C.C. |
|---|---|
| 03-Sept-2024 | 1131105153 |

## CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

### DATOS PERSONALES

| NOMBRE COMPLETO | FECHA NACIMIENTO | T. SANGRE |
|---|---|---|
| Jesus Yanez Coronado | 04-09-2005 | A+ |

| CIUDAD | EPS | EDAD | MOVIL |
|---|---|---|---|
| Coveñas | | 19 años | 3145296216 |

| EMPRESA | ENFASIS | CARGO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|
| Consorcio CHO Hospital sucre | OSTEMUSCULAR | Obrero | Coveñas |

### CERTIFICACION DE APTITUD

| APTO PARA EL CARGO | SI | APLAZADO | |
|---|---|---|---|

| Apto para trabajo en alturas | | Apto para trabajo con restricción | | Apto para manipulacion de alimentos | |
|---|---|---|---|---|---|

### OBSERVACIONES AL CONCEPTO

PACIENTE SIN PATOLOGIA APARENTE QUE LA LIMITE PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES, SE LE DAN RECOMENDACIONES SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIO.

PACIENTE SIN LIMITACION FISICA PARA DESARROLLAR SUS FUNCIONES OSTEOMUSCULAR.

### RECOMENDACIONES ESPECIFICAS Y/O RESTRICCIONES

1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 2. DIETA SANA Y EJERCICIOS DIARIOS. 3. PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. 4. USO ADECUADAMENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 5. AUTOEXAMEN TESTICULAR. 6. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD FRENTE AL COVID 19. 7, BAJAR DE PESO CITA CON LA NUTRICIONISTA DE LA EPS.

### EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Audiometria | | Glicemia Basal | | KOH, Coprológico, Frotis Faringeo | |
| Visiometria | | Perfil Hepático | | Rx Columna Dinámica | |
| Espirometria | | Test de Fobias | | RX Columna Lumbosacra | |
| Cuadro Hemático | | Electrocardiograma | | Sensopsicométrico | |
| Perfil Lipídico | | Rx Tórax | | Parcial de Orina | |

### LEGALIDAD

**Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido pleno es inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.**

Jesus Yanez Coronado
Firma del Paciente

Firma Médico Especialista en SO

Luis Aldana Otero
MD. SALUD OCUPACIONAL
LGO 1252

Salud Ocupacional

# LUIS GABRIEL ALDANA OTERO

Mèdico especialista en salud ocupacional
Registro medico 8396
Licencia Salud Ocupacional: 01252 del 28/09/2020
celular: 3117367321

| FECHA | C.C. |
|---|---|
| 03-Sept. 2024 | 1067.400596 |

## CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

### DATOS PERSONALES

| NOMBRE COMPLETO | FECHA NACIMIENTO | T. SANGRE |
|---|---|---|
| William José Agustín Hernandez | 25-09-1985 | O+ |

| CIUDAD | EPS | EDAD | MOVIL |
|---|---|---|---|
| Coveñas | familiar de Col | 38 años | 3117085152 |

| EMPRESA | ENFASIS | CARGO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|
| Consorcio CMO Hospital Sucre | OSTEMUSCULAR | Obrero | Coveñas |

### CERTIFICACION DE APTITUD

| APTO PARA EL CARGO | SI | APLAZADO | |
|---|---|---|---|

| Apto para trabajo en alturas | | Apto para trabajo con restricción | | Apto para manipulacion de alimentos | |
|---|---|---|---|---|---|

### OBSERVACIONES AL CONCEPTO

PACIENTE SIN PATOLOGIA APARENTE QUE LA LIMITE PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES, SE LE DAN RECOMENDACIONES SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIO.

PACIENTE SIN LIMITACION FISICA PARA DESARROLLAR SUS FUNCIONES OSTEOMUSCULAR.

### RECOMENDACIONES ESPECIFICAS Y/O RESTRICCIONES

1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 2. DIETA SANA Y EJERCICIOS DIARIOS. 3. PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. 4. USO ADECUADAMENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 5. AUTOEXAMEN TESTICULAR. 6. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD FRENTE AL COVID 19. 7, BAJAR DE PESO CITA CON LA NUTRICIONISTA DE LA EPS.

### EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Audiometría | | Glicemia Basal | | KOH, Coprológico, Frotis Faringeo | |
| Visiometría | | Perfil Hepático | | Rx Columna Dinámica | |
| Espirometría | | Test de Fobias | | RX Columna Lumbosacra | |
| Cuadro Hemático | | Electrocardiograma | | Sensopsicométrico | |
| Perfil Lipídico | | Rx Tórax | | Parcial de Orina | |

### LEGALIDAD

**Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido pleno es inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.**

Firma del Paciente

Firma Médico Especialista en SO

Luis Aldana Otero
MD. SALUD OCUPACIONAL
LSO 1252

Salud Ocupacional

## LUIS GABRIEL ALDANA OTERO

Mèdico especialista en salud ocupacional
Registro medico 8396
Licencia Salud Ocupacional: 01252 del 28/09/2020
celular: 3117367321

| FECHA | C.C. |
|---|---|
| 03-Sept-2024 | 1072529244 |

### CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

#### DATOS PERSONALES

| NOMBRE COMPLETO | FECHA NACIMIENTO | T. SANGRE |
|---|---|---|
| Kwin fuentes Julio | 04-09-1995 | O+ |

| CIUDAD | EPS | EDAD | MOVIL |
|---|---|---|---|
| Coveñas. | Salud total | 29 años. | 3145563795 |

| EMPRESA | ENFASIS | CARGO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|
| Consorcio CMO Hospital sucre | OSTEMUSCULAR | Obrero | Coveñas. |

#### CERTIFICACION DE APTITUD

| APTO PARA EL CARGO | SI | APLAZADO | |
|---|---|---|---|

| Apto para trabajo en alturas | | Apto para trabajo con restricción | | Apto para manipulacion de alimentos | |
|---|---|---|---|---|---|

#### OBSERVACIONES AL CONCEPTO

PACIENTE SIN PATOLOGIA APARENTE QUE LA LIMITE PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES, SE LE DAN RECOMENDACIONES SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIO.

PACIENTE SIN LIMITACION FISICA PARA DESARROLLAR SUS FUNCIONES OSTEOMUSCULAR.

#### RECOMENDACIONES ESPECIFICAS Y/O RESTRICCIONES

1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 2. DIETA SANA Y EJERCICIOS DIARIOS. 3. PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. 4. USO ADECUADAMENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 5. AUTOEXAMEN TESTICULAR. 6. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD FRENTE AL COVID 19. 7, BAJAR DE PESO CITA CON LA NUTRICIONISTA DE LA EPS.

#### EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Audiometria | | Glicemia Basal | | KOH, Coprológico, Frotis Faringeo | |
| Visiometria | | Perfil Hepático | | Rx Columna Dinámica | |
| Espirometría | | Test de Fobias | | RX Columna Lumbosacra | |
| Cuadro Hemático | | Electrocardiograma | | Sensopsicométrico | |
| Perfil Lipídico | | Rx Tórax | | Parcial de Orina | |

#### LEGALIDAD

**Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido pleno es inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.**

Kwin Fuentes Julio.
Firma del Paciente

Firma Médico Especialista en SO

Luis Aldana Otero
MD. SALUD OCUPACIONAL
LSO 1252

Salud Ocupacional

# LUIS GABRIEL ALDANA OTERO

Médico especialista en salud ocupacional
Registro medico 8396
Licencia Salud Ocupacional: 01252 del 28/09/2020
celular: 3117367321

| FECHA | C.C. |
|---|---|
| 03-Sept-2024 | 1131109665 |

## CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

### DATOS PERSONALES

| NOMBRE COMPLETO | FECHA NACIMIENTO | T. SANGRE |
|---|---|---|
| Luis Eduardo Sepulveda | 30-06-1995 | O+ |

| CIUDAD | EPS | EDAD | MOVIL |
|---|---|---|---|
| Coveñas | Nueva | 29 años | 3023885636 |

| EMPRESA | ENFASIS | CARGO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|
| Consorcio CMO Hospital Sucre | OSTEMUSCULAR | Obrero | Coveñas |

### CERTIFICACION DE APTITUD

| APTO PARA EL CARGO | SI | APLAZADO | |
|---|---|---|---|

| Apto para trabajo en alturas | | Apto para trabajo con restricción | | Apto para manipulacion de alimentos | |
|---|---|---|---|---|---|

### OBSERVACIONES AL CONCEPTO

PACIENTE SIN PATOLOGIA APARENTE QUE LA LIMITE PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES, SE LE DAN RECOMENDACIONES SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIO.

PACIENTE SIN LIMITACION FISICA PARA DESARROLLAR SUS FUNCIONES OSTEOMUSCULAR.

### RECOMENDACIONES ESPECIFICAS Y/O RESTRICCIONES

1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 2. DIETA SANA Y EJERCICIOS DIARIOS. 3. PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. 4. USO ADECUADAMENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 5. AUTOEXAMEN TESTICULAR. 6. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD FRENTE AL COVID 19. 7. BAJAR DE PESO CITA CON LA NUTRICIONISTA DE LA EPS.
CITA CON OFTALMOLOGI

### EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Audiometria | | Glicemia Basal | | KOH, Coprológico, Frotis Faringeo | |
| Visiometria | | Perfil Hepático | | Rx Columna Dinámica | |
| Espirometria | | Test de Fobias | | RX Columna Lumbosacra | |
| Cuadro Hemático | | Electrocardiograma | | Sensopsicométrico | |
| Perfil Lipídico | | Rx Tórax | | Parcial de Orina | |

### LEGALIDAD

**Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido pleno es inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.**

Luis Sepulveda

Firma del Paciente

Firma Médico Especialista en SO

Salud Ocupacional

## LUIS GABRIEL ALDANA OTERO

Mèdico especialista en salud ocupacional
Registro medico 8396
Licencia Salud Ocupacional: 01252 del 28/09/2020
celular: 3117367321

| FECHA | C.C. |
|---|---|
| 03-Sept 2024 | 1.131.108.085 |

### CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

#### DATOS PERSONALES

| NOMBRE COMPLETO | FECHA NACIMIENTO | T. SANGRE |
|---|---|---|
| Alexander Vergara Gallego | 04-04-1991 | O- |

| CIUDAD | EPS | EDAD | MOVIL |
|---|---|---|---|
| Coveñas. | Nueva EPS. | 33 años. | 3015606335 |

| EMPRESA | ENFASIS | CARGO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|
| Consorcio CMO Hospital Sucre | OSTEMUSCULAR | Obrero | Coveñas. |

#### CERTIFICACION DE APTITUD

| APTO PARA EL CARGO | SI | APLAZADO | |
|---|---|---|---|

| Apto para trabajo en alturas | | Apto para trabajo con restricción | | Apto para manipulacion de alimentos | |
|---|---|---|---|---|---|

#### OBSERVACIONES AL CONCEPTO

PACIENTE SIN PATOLOGIA APARENTE QUE LA LIMITE PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES, SE LE DAN RECOMENDACIONES SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIO.

PACIENTE SIN LIMITACION FISICA PARA DESARROLLAR SUS FUNCIONES OSTEOMUSCULAR.

#### RECOMENDACIONES ESPECIFICAS Y/O RESTRICCIONES

1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 2. DIETA SANA Y EJERCICIOS DIARIOS. 3. PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. 4. USO ADECUADAMENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 5. AUTOEXAMEN TESTICULAR. 6. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD FRENTE AL COVID 19. 7, BAJAR DE PESO CITA CON LA NUTRICIONISTA DE LA EPS.

#### EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Audiometría | | Glicemia Basal | | KOH, Coprológico, Frotis Faringeo | |
| Visiometría | | Perfil Hepático | | Rx Columna Dinámica | |
| Espirometría | | Test de Fobias | | RX Columna Lumbosacra | |
| Cuadro Hemático | | Electrocardiograma | | Sensopsicométrico | |
| Perfil Lipídico | | Rx Tórax | | Parcial de Orina | |

#### LEGALIDAD

**Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido pleno es inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.**

Firma del Paciente

Firma Médico Especialista en SO

Luis Aldana Otero
MD. SALUD OCUPACIONAL
LBO 1252

Salud Ocupacional

## LUIS GABRIEL ALDANA OTERO

Mèdico especialista en salud ocupacional
Registro medico 8396
Licencia Salud Ocupacional: 01252 del 28/09/2020
celular: 3117367321

| FECHA | C.C. |
|---|---|
| 03-Sept-2024 | 73231900 |

### CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

#### DATOS PERSONALES

| NOMBRE COMPLETO | FECHA NACIMIENTO | T. SANGRE |
|---|---|---|
| Elmo Tous Peñate. | 02-01-1967 | A+ |

| CIUDAD | EPS | EDAD | MOVIL |
|---|---|---|---|
| Coveñas. | Coosalud | 56 años. | 3001165930 |

| EMPRESA | ENFASIS | CARGO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|
| Consorcio CMO Hospital Sucre | OSTEMUSCULAR | Obrero. | Coveñas. |

#### CERTIFICACION DE APTITUD

| APTO PARA EL CARGO | SI | APLAZADO | |
|---|---|---|---|

| Apto para trabajo en alturas | | Apto para trabajo con restricción | | Apto para manipulacion de alimentos | |
|---|---|---|---|---|---|

#### OBSERVACIONES AL CONCEPTO

PACIENTE SIN PATOLOGIA APARENTE QUE LA LIMITE PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES, SE LE DAN RECOMENDACIONES SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIO.

PACIENTE SIN LIMITACION FISICA PARA DESARROLLAR SUS FUNCIONES OSTEOMUSCULAR.

#### RECOMENDACIONES ESPECIFICAS Y/O RESTRICCIONES

1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 2. DIETA SANA Y EJERCICIOS DIARIOS. 3. PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. 4. USO ADECUADAMENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 5. AUTOEXAMEN TESTICULAR. 6. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD FRENTE AL COVID 19. 7, BAJAR DE PESO CITA CON LA NUTRICIONISTA DE LA EPS.

#### EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Audiometría | | Glicemia Basal | | KOH, Coprológico, Frotis Faringeo | |
| Visiometria | | Perfil Hepático | | Rx Columna Dinámica | |
| Espirometría | | Test de Fobias | | RX Columna Lumbosacra | |
| Cuadro Hemático | | Electrocardiograma | | Sensopsicométrico | |
| Perfil Lipídico | | Rx Tórax | | Parcial de Orina | |

#### LEGALIDAD

**Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido pleno es inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.**

Helmell Tous
Firma del Paciente

Firma Médico Especialista en SO

Luis Aldana Otero
MD. SALUD OCUPACIONAL
LSO 1252

Salud Ocupacional

## LUIS GABRIEL ALDANA OTERO

Mèdico especialista en salud ocupacional
Registro medico 8396
Licencia Salud Ocupacional: 01252 del 28/09/2020
celular: 3117367321

| FECHA | C.C. |
|---|---|
| 03-Sept-2024 | 1131108265 |

### CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

#### DATOS PERSONALES

| NOMBRE COMPLETO | FECHA NACIMIENTO | T. SANGRE |
|---|---|---|
| Jesus Alberto Tarras Cordoba | 18-02-1993 | O- |

| CIUDAD | EPS | EDAD | MOVIL |
|---|---|---|---|
| Coveñas. | Mutual ser | 30 años | 3042500763 |

| EMPRESA | ENFASIS | CARGO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|
| Consorcio CMO Hospital Sucre | OSTEMUSCULAR | Obrero | Coveñas. |

#### CERTIFICACION DE APTITUD

| APTO PARA EL CARGO | SI | APLAZADO | |
|---|---|---|---|

| Apto para trabajo en alturas | | Apto para trabajo con restricción | | Apto para manipulacion de alimentos | |
|---|---|---|---|---|---|

#### OBSERVACIONES AL CONCEPTO

PACIENTE SIN PATOLOGIA APARENTE QUE LA LIMITE PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES, SE LE DAN RECOMENDACIONES SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIO.

PACIENTE SIN LIMITACION FISICA PARA DESARROLLAR SUS FUNCIONES OSTEOMUSCULAR.

#### RECOMENDACIONES ESPECIFICAS Y/O RESTRICCIONES

1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 2. DIETA SANA Y EJERCICIOS DIARIOS. 3. PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. 4. USO ADECUADAMENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 5. AUTOEXAMEN TESTICULAR. 6. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD FRENTE AL COVID 19. 7, BAJAR DE PESO CITA CON LA NUTRICIONISTA DE LA EPS.

#### EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Audiometría | | Glicemia Basal | | KOH, Coprológico, Frotis Faringeo | |
| Visiometria | | Perfil Hepático | | Rx Columna Dinámica | |
| Espirometría | | Test de Fobias | | RX Columna Lumbosacra | |
| Cuadro Hemático | | Electrocardiograma | | Sensopsicométrico | |
| Perfil Lipídico | | Rx Tórax | | Parcial de Orina | |

#### LEGALIDAD

**Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido pleno es inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.**

Jesus Alberto Tarras Cordoba
Firma del Paciente

Aldana O
Firma Médico Especialista en SO

*Luis Aldana Otero*
MD. SALUD OCUPACIONAL
LGO 1252

Salud Ocupacional

## LUIS GABRIEL ALDANA OTERO

Mèdico especialista en salud ocupacional
Registro medico 8396
Licencia Salud Ocupacional: 01252 del 28/09/2020
celular: 3117367321

| FECHA | C.C. |
|---|---|
| 03- Sept- 2024 | 15.619362 |

### CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

#### DATOS PERSONALES

| NOMBRE COMPLETO | FECHA NACIMIENTO | T. SANGRE |
|---|---|---|
| Yovanis Tous Peñata | 27-09-1977 | O+ |

| CIUDAD | EPS | EDAD | MOVIL |
|---|---|---|---|
| Coveñas. | familiar de Colom | 47 años. | 3186798733 |

| EMPRESA | ENFASIS | CARGO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|
| Consorcio CHO Hospital Sucre | OSTEMUSCULAR | Obrero | Coveñas |

#### CERTIFICACION DE APTITUD

| APTO PARA EL CARGO | SI | APLAZADO | |
|---|---|---|---|

| Apto para trabajo en alturas | | Apto para trabajo con restricción | | Apto para manipulacion de alimentos | |
|---|---|---|---|---|---|

#### OBSERVACIONES AL CONCEPTO

PACIENTE SIN PATOLOGIA APARENTE QUE LA LIMITE PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES, SE LE DAN RECOMENDACIONES SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIO.

PACIENTE SIN LIMITACION FISICA PARA DESARROLLAR SUS FUNCIONES OSTEOMUSCULAR.

#### RECOMENDACIONES ESPECIFICAS Y/O RESTRICCIONES

1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 2. DIETA SANA Y EJERCICIOS DIARIOS. 3. PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. 4. USO ADECUADAMENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 5. AUTOEXAMEN TESTICULAR. 6. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD FRENTE AL COVID 19. 7, BAJAR DE PESO CITA CON LA NUTRICIONISTA DE LA EPS.

#### EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Audiometría | | Glicemia Basal | | KOH, Coprológico, Frotis Faringeo | |
| Visiometria | | Perfil Hepático | | Rx Columna Dinámica | |
| Espirometría | | Test de Fobias | | RX Columna Lumbosacra | |
| Cuadro Hemático | | Electrocardiograma | | Sensopsicométrico | |
| Perfil Lipídico | | Rx Tórax | | Parcial de Orina | |

#### LEGALIDAD

**Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido pleno es Inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.**

YOVANIS TOUS
Firma del Paciente

Firma Médico Especialista en SO

Luis Aldana Otero
MD. SALUD OCUPACIONAL
LGO 1252

Salud Ocupacional

# LUIS GABRIEL ALDANA OTERO

Mèdico especialista en salud ocupacional
Registro medico 8396
Licencia Salud Ocupacional: 01252 del 28/09/2020
celular: 3117367321

| FECHA | C.C. |
|---|---|
| 03-Sept-2024 | 1131104438 |

## CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

### DATOS PERSONALES

| NOMBRE COMPLETO | FECHA NACIMIENTO | T. SANGRE |
|---|---|---|
| Eliecer Cortes Marquez | 02-01-1985 | O+ |

| CIUDAD | EPS | EDAD | MOVIL |
|---|---|---|---|
| Coveñas | Familiar de Colom | 38 años | 3154620585 |

| EMPRESA | ENFASIS | CARGO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|
| Consorcio CMO Hospital Sucre | OSTEMUSCULAR | Obrero | Coveñas |

### CERTIFICACION DE APTITUD

| APTO PARA EL CARGO | SI | APLAZADO | |
|---|---|---|---|

| Apto para trabajo en alturas | | Apto para trabajo con restricción | | Apto para manipulacion de alimentos | |
|---|---|---|---|---|---|

### OBSERVACIONES AL CONCEPTO

PACIENTE SIN PATOLOGIA APARENTE QUE LA LIMITE PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES, SE LE DAN RECOMENDACIONES SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIO.

PACIENTE SIN LIMITACION FISICA PARA DESARROLLAR SUS FUNCIONES OSTEOMUSCULAR.

### RECOMENDACIONES ESPECIFICAS Y/O RESTRICCIONES

1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 2. DIETA SANA Y EJERCICIOS DIARIOS. 3. PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. 4. USO ADECUADAMENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 5. AUTOEXAMEN TESTICULAR. 6. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD FRENTE AL COVID 19. 7, BAJAR DE PESO CITA CON LA NUTRICIONISTA DE LA EPS.
CITA. A OFTALMOLOGO

### EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Audiometria | | Glicemia Basal | | KOH, Coprológico, Frotis Faringeo | |
| Visiometria | | Perfil Hepático | | Rx Columna Dinámica | |
| Espirometria | | Test de Fobias | | RX Columna Lumbosacra | |
| Cuadro Hemático | | Electrocardiograma | | Sensopsicométrico | |
| Perfil Lipídico | | Rx Tórax | | Parcial de Orina | |

### LEGALIDAD

**Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido pleno es inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.**

ELIECER
Firma del Paciente

Firma Médico Especialista en SO

Luis Aldana Otero
MD. SALUD OCUPACIONAL
LGO 1252

Salud Ocupacional

# LUIS GABRIEL ALDANA OTERO

Mèdico especialista en salud ocupacional
Registro medico 8396
Licencia Salud Ocupacional: 01252 del 28/09/2020
celular: 3117367321

| FECHA | C.C. |
|---|---|
| 03-Sept-2024 | 1192777765 |

## CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

### DATOS PERSONALES

| NOMBRE COMPLETO | FECHA NACIMIENTO | T. SANGRE |
|---|---|---|
| Juan David Correa Hernandez | 29-12-2000 | AB+ |

| CIUDAD | EPS | EDAD | MOVIL |
|---|---|---|---|
| Coveñas | Salud total | 23 años | 3003828673 |

| EMPRESA | ENFASIS | CARGO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|
| Consorcio CMO-Hospital Sucre | OSTEMUSCULAR | Obrero | Coveñas |

### CERTIFICACION DE APTITUD

| APTO PARA EL CARGO | SI | APLAZADO | |
|---|---|---|---|

| Apto para trabajo en alturas | | Apto para trabajo con restricción | | Apto para manipulacion de alimentos | |
|---|---|---|---|---|---|

### OBSERVACIONES AL CONCEPTO

PACIENTE SIN PATOLOGIA APARENTE QUE LA LIMITE PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES, SE LE DAN RECOMENDACIONES SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIO.

PACIENTE SIN LIMITACION FISICA PARA DESARROLLAR SUS FUNCIONES OSTEOMUSCULAR.

### RECOMENDACIONES ESPECIFICAS Y/O RESTRICCIONES

1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 2. DIETA SANA Y EJERCICIOS DIARIOS. 3. PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. 4. USO ADECUADAMENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 5. AUTOEXAMEN TESTICULAR. 6. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD FRENTE AL COVID 19. 7. BAJAR DE PESO CITA CON LA NUTRICIONISTA DE LA EPS.

### EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Audiometría | | Glicemia Basal | | KOH, Coprológico, Frotis Faringeo | |
| Visiometria | | Perfil Hepático | | Rx Columna Dinámica | |
| Espirometria | | Test de Fobias | | RX Columna Lumbosacra | |
| Cuadro Hemático | | Electrocardiograma | | Sensopsicométrico | |
| Perfil Lipídico | | Rx Tórax | | Parcial de Orina | |

### LEGALIDAD

**Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido pleno es inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.**

Juan Correa
Firma del Paciente

Aldana
Firma Médico Especialista en SO

Luis Aldana Otero
MD. SALUD OCUPACIONAL
LSO 1252

Salud Ocupacional

# LUIS GABRIEL ALDANA OTERO

Médico especialista en salud ocupacional
Registro medico 8396
Licencia Salud Ocupacional: 01252 del 28/09/2020
celular: 3117367321

| FECHA | C.C. |
|---|---|
| 03-sept-2024 | 1131104030 |

## CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

### DATOS PERSONALES

| NOMBRE COMPLETO | FECHA NACIMIENTO | T. SANGRE |
|---|---|---|
| Johan Sebastian Zuñiga Lopez | 25-04-2001 | O+ |

| CIUDAD | EPS | EDAD | MOVIL |
|---|---|---|---|
| Coveñas | Coosalud | 23 años | 3128119158 |

| EMPRESA | ENFASIS | CARGO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|
| Consorcio CMO Hospital sucre | OSTEMUSCULAR | Obrero | Coveñas. |

### CERTIFICACION DE APTITUD

| APTO PARA EL CARGO | SC | APLAZADO | |
|---|---|---|---|

| Apto para trabajo en alturas | | Apto para trabajo con restricción | | Apto para manipulacion de alimentos | |
|---|---|---|---|---|---|

### OBSERVACIONES AL CONCEPTO

PACIENTE SIN PATOLOGIA APARENTE QUE LA LIMITE PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES, SE LE DAN RECOMENDACIONES SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIO.

PACIENTE SIN LIMITACION FISICA PARA DESARROLLAR SUS FUNCIONES OSTEOMUSCULAR.

### RECOMENDACIONES ESPECIFICAS Y/O RESTRICCIONES

1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 2. DIETA SANA Y EJERCICIOS DIARIOS. 3. PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. 4. USO ADECUADAMENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 5. AUTOEXAMEN TESTICULAR. 6. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD FRENTE AL COVID 19. 7, BAJAR DE PESO CITA CON LA NUTRICIONISTA DE LA EPS.

### EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Audiometría | | Glicemia Basal | | KOH, Coprológico, Frotis Faringeo | |
| Visiometria | | Perfil Hepático | | Rx Columna Dinámica | |
| Espirometría | | Test de Fobias | | RX Columna Lumbosacra | |
| Cuadro Hemático | | Electrocardiograma | | Sensopsicométrico | |
| Perfil Lipídico | | Rx Tórax | | Parcial de Orina | |

### LEGALIDAD

**Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido pleno es inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.**

Firma del Paciente

Firma Médico Especialista en SO

Luis Aldana C.
MD. SALUD OCUPACIONAL
LSO 1252

Salud Ocupacional

# LUIS GABRIEL ALDANA OTERO

Mèdico especialista en salud ocupacional
Registro medico 8396
Licencia Salud Ocupacional: 01252 del 28/09/2020
celular: 3117367321

| FECHA | C.C. |
|---|---|
| 03- Sept. 2024 | 1.131.110.865 |

## CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

### DATOS PERSONALES

| NOMBRE COMPLETO | FECHA NACIMIENTO | T. SANGRE |
|---|---|---|
| Juan Carlos Insignare Gloria | 28-11-1997 | O+ |

| CIUDAD | EPS | EDAD | MOVIL |
|---|---|---|---|
| Coveñas | CooSalud | 27 años. | 3242431733 |

| EMPRESA | ENFASIS | CARGO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|
| Consorcio CMO Hospital Sucre | OSTEMUSCULAR | Obrero | Coveñas |

### CERTIFICACION DE APTITUD

| APTO PARA EL CARGO | SI | APLAZADO | |
|---|---|---|---|

| Apto para trabajo en alturas | | Apto para trabajo con restricción | | Apto para manipulacion de alimentos | |
|---|---|---|---|---|---|

### OBSERVACIONES AL CONCEPTO

PACIENTE SIN PATOLOGIA APARENTE QUE LA LIMITE PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES, SE LE DAN RECOMENDACIONES SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIO.

PACIENTE SIN LIMITACION FISICA PARA DESARROLLAR SUS FUNCIONES OSTEOMUSCULAR.

### RECOMENDACIONES ESPECIFICAS Y/O RESTRICCIONES

1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 2. DIETA SANA Y EJERCICIOS DIARIOS. 3. PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. 4. USO ADECUADAMENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 5. AUTOEXAMEN TESTICULAR. 6. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD FRENTE AL COVID 19. 7. BAJAR DE PESO CITA CON LA NUTRICIONISTA DE LA EPS.

### EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Audiometría | | Glicemia Basal | | KOH, Coprológico, Frotis Faringeo | |
| Visiometría | | Perfil Hepático | | Rx Columna Dinámica | |
| Espirometría | | Test de Fobias | | RX Columna Lumbosacra | |
| Cuadro Hemático | | Electrocardiograma | | Sensopsicométrico | |
| Perfil Lipídico | | Rx Tórax | | Parcial de Orina | |

### LEGALIDAD

**Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido pleno es inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.**

Juan Carlos Insignare Gloria
Firma del Paciente

Aldana
Firma Médico Especialista en SO

Luis Aldana Otero
MD. SALUD OCUPACIONAL
LGO 1252

Salud Ocupacional

# LUIS GABRIEL ALDANA OTERO

Mèdico especialista en salud ocupacional
Registro medico 8396
Licencia Salud Ocupacional: 01252 del 28/09/2020
celular: 3117367321

| FECHA | C.C. |
|---|---|
| 03-Sept-2024 | 1.131.107.808 |

## CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

### DATOS PERSONALES

| NOMBRE COMPLETO | FECHA NACIMIENTO | T. SANGRE |
|---|---|---|
| Pedro Marquez Pelegrino | 14-06-1992 | O+ |

| CIUDAD | EPS | EDAD | MOVIL |
|---|---|---|---|
| Coveñas | Nueva | 32 años | 3017888922 |

| EMPRESA | ENFASIS | CARGO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|
| Consorcio CMO Hospital Sucre | OSTEMUSCULAR | Obrero | Coveñas. |

### CERTIFICACION DE APTITUD

| APTO PARA EL CARGO | SI | APLAZADO | |
|---|---|---|---|

| Apto para trabajo en alturas | | Apto para trabajo con restricción | | Apto para manipulacion de alimentos | |
|---|---|---|---|---|---|

### OBSERVACIONES AL CONCEPTO

PACIENTE SIN PATOLOGIA APARENTE QUE LA LIMITE PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES, SE LE DAN RECOMENDACIONES SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIO.

PACIENTE SIN LIMITACION FISICA PARA DESARROLLAR SUS FUNCIONES OSTEOMUSCULAR.

### RECOMENDACIONES ESPECIFICAS Y/O RESTRICCIONES

1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 2. DIETA SANA Y EJERCICIOS DIARIOS. 3. PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. 4. USO ADECUADAMENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 5. AUTOEXAMEN TESTICULAR. 6. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD FRENTE AL COVID 19. 7. BAJAR DE PESO CITA CON LA NUTRICIONISTA DE LA EPS.

### EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Audiometría | | Glicemia Basal | | KOH, Coprológico, Frotis Faringeo | |
| Visiometria | | Perfil Hepático | | Rx Columna Dinámica | |
| Espirometría | | Test de Fobias | | RX Columna Lumbosacra | |
| Cuadro Hemático | | Electrocardiograma | | Sensopsicométrico | |
| Perfil Lipídico | | Rx Tórax | | Parcial de Orina | |

### LEGALIDAD

**Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido pleno es inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.**

Pedro Marquez P.
Firma del Paciente

Firma Médico Especialista en SO

Luis Aldana Otero
MD. SALUD OCUPACIONAL
LSO 1252

Salud Ocupacional

## LUIS GABRIEL ALDANA OTERO

Mèdico especialista en salud ocupacional
Registro medico 8396
Licencia Salud Ocupacional: 01252 del 28/09/2020
celular: 3117367321

| FECHA | C.C. |
|---|---|
| 03-Sept-2024 | 18.857.561 |

### CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

#### DATOS PERSONALES

| NOMBRE COMPLETO | FECHA NACIMIENTO | T. SANGRE |
|---|---|---|
| Jairo Ramos Rodriguez | 16-05-1974 | O+ |

| CIUDAD | EPS | EDAD | MOVIL |
|---|---|---|---|
| Coveñas | Nueva EPS. | 50 años. | 3145172937 |

| EMPRESA | ENFASIS | CARGO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|
| Consorcio CMO Hospital Sucre | OSTEMUSCULAR | Obrero | Coveños. |

#### CERTIFICACION DE APTITUD

| APTO PARA EL CARGO | Si | APLAZADO | |
|---|---|---|---|

| Apto para trabajo en alturas | | Apto para trabajo con restricción | | Apto para manipulacion de alimentos | |
|---|---|---|---|---|---|

#### OBSERVACIONES AL CONCEPTO

PACIENTE SIN PATOLOGIA APARENTE QUE LA LIMITE PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES, SE LE DAN RECOMENDACIONES SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIO.

PACIENTE SIN LIMITACION FISICA PARA DESARROLLAR SUS FUNCIONES OSTEOMUSCULAR.

#### RECOMENDACIONES ESPECIFICAS Y/O RESTRICCIONES

1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 2. DIETA SANA Y EJERCICIOS DIARIOS. 3. PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. 4. USO ADECUADAMENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 5. AUTOEXAMEN TESTICULAR. 6. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD FRENTE AL COVID 19. 7, BAJAR DE PESO CITA CON LA NUTRICIONISTA DE LA EPS.

#### EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Audiometria | | Glicemia Basal | | KOH, Coprológico, Frotis Faringeo | |
| Visiometria | | Perfil Hepático | | Rx Columna Dinámica | |
| Espirometria | | Test de Fobias | | RX Columna Lumbosacra | |
| Cuadro Hemático | | Electrocardiograma | | Sensopsicométrico | |
| Perfil Lipídico | | Rx Tórax | | Parcial de Orina | |

#### LEGALIDAD

**Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido pleno es inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.**

Jairo Ramos Rodriguez
Firma del Paciente

Aldana O
Firma Médico Especialista en SO

Luis Aldana Otero
MD. SALUD OCUPACIONAL
LSO 1252

Salud Ocupacional

# LUIS GABRIEL ALDANA OTERO

Mèdico especialista en salud ocupacional
Registro medico 8396
Licencia Salud Ocupacional: 01252 del 28/09/2020
celular: 3117367321

| FECHA | C.C. |
|---|---|
| 03-Sept-2024 | 50988.098 |

## CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

### DATOS PERSONALES

| NOMBRE COMPLETO | FECHA NACIMIENTO |
|---|---|
| Diana Maria Murillo Moreno | 02-12-1975 |

| CIUDAD | EPS | EDAD | MOVIL |
|---|---|---|---|
| Coveñas. | Amada Nacional | 47 años | 3244501205 |

| EMPRESA | ENFASIS | CARGO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|
| Consorcio CMO Hospital sucre | OSTEOMUSCULAR | Obrera | Coveñas |

### CERTIFICACION DE APTITUD

| APTO PARA EL CARGO | SI | APLAZADO | |
|---|---|---|---|

| Apto para trabajo en alturas | | Apto para trabajo con restricción | | Apto para trabajo en espacio confinados | |
|---|---|---|---|---|---|

### OBSERVACIONES AL CONCEPTO

PACIENTE SIN PATOLOGIA APARENTE QUE LA LIMITE PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES, SE LE DAN RECOMENDACIONES SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIO.

PACIENTE SIN LIMITACION FISICA PARA DESARROLLAR SUS FUNCIONES OSTEOMUSCULAR.

### RECOMENDACIONES ESPECIFICAS Y/O RESTRICCIONES

1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 2. DIETA SANA Y EJERCICIOS DIARIOS. 3. PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. 4. USO ADECUADAMENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 5. AUTOEXAMEN DE MAMA. 6. BAJAR DE PESO CITA CON LA NUTRICIONISTA DE LA EPS 7. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD FRENTE AL COVID 19. 8, HACER CITOLOGIA VAGINAL ANUAL.

### EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Audiometría | | Glicemia Basal | | KOH, Coprológico, Frotis Faringeo | |
| Visiometria | | Perfil Hepático | | Rx Columna Dinámica | |
| Espirometría | | Test de Fobias | | RX Columna Lumbosacra | |
| Cuadro Hemático | | Electrocardiograma | | Sensopsicométrico | |
| Perfil Lipídico | | Rx Tórax | | Parcial de Orina | |

### LEGALIDAD

**Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido pleno es inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.**

Diana maria murillo moreno
Firma del Paciente

Aldana
Firma Médico Especialista en SO

Luis Aldana Otero
MD. SALUD OCUP.
LGO 1252

Salud Ocupacional

# LUIS GABRIEL ALDANA OTERO

Médico especialista en salud ocupacional
Registro medico 8396
Licencia Salud Ocupacional: 01252 del 28/09/2020
celular: 3117367321

| FECHA | C.C. |
|---|---|
| 03-Sept-2024 | 1131106681 |

## CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

### DATOS PERSONALES

| NOMBRE COMPLETO | FECHA NACIMIENTO | T. SANGRE |
|---|---|---|
| Carlos Mario Sierra Bello | 20-06-1990 | O+ |

| CIUDAD | EPS | EDAD | MOVIL |
|---|---|---|---|
| Coveñas | Nueva EPS. | 34 años. | 3205609482 |

| EMPRESA | ENFASIS | CARGO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|
| Consorcio CMO Hospital Sucre | OSTEMUSCULAR | Obrero | Coveñas |

### CERTIFICACION DE APTITUD

| APTO PARA EL CARGO | Si | APLAZADO | |
|---|---|---|---|

| Apto para trabajo en alturas | | Apto para trabajo con restricción | | Apto para manipulacion de alimentos | |
|---|---|---|---|---|---|

**OBSERVACIONES AL CONCEPTO**

PACIENTE SIN PATOLOGIA APARENTE QUE LA LIMITE PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES, SE LE DAN RECOMENDACIONES SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIO.

PACIENTE SIN LIMITACION FISICA PARA DESARROLLAR SUS FUNCIONES OSTEOMUSCULAR.

**RECOMENDACIONES ESPECIFICAS Y/O RESTRICCIONES**

1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 2. DIETA SANA Y EJERCICIOS DIARIOS. 3. PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. 4. USO ADECUADAMENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 5. AUTOEXAMEN TESTICULAR. 6. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD FRENTE AL COVID 19. 7. BAJAR DE PESO CITA CON LA NUTRICIONISTA DE LA EPS.

**EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Audiometría | | Glicemia Basal | | KOH, Coprológico, Frotis Faringeo | |
| Visiometría | | Perfil Hepático | | Rx Columna Dinámica | |
| Espirometría | | Test de Fobias | | RX Columna Lumbosacra | |
| Cuadro Hemático | | Electrocardiograma | | Sensopsicométrico | |
| Perfil Lipídico | | Rx Tórax | | Parcial de Orina | |

**LEGALIDAD**

**Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido pleno es inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.**

Carlos Sierra
Firma del Paciente

Firma Médico Especialista en SO

Salud Ocupacional

# LUIS GABRIEL ALDANA OTERO

Mèdico especialista en salud ocupacional
Registro medico 8396
Licencia Salud Ocupacional: 01252 del 28/09/2020
celular: 3117367321

| FECHA | C.C. |
|---|---|
| 03-Sept-2024 | 1131.104.228 |

## CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

### DATOS PERSONALES

| NOMBRE COMPLETO | FECHA NACIMIENTO | T. SANGRE |
|---|---|---|
| Kevin David Sierra Zuñiga | 05-08-2003 | B+ |

| CIUDAD | EPS | EDAD | MOVIL |
|---|---|---|---|
| Coveñas | Coya copi | 21 años. | 3243053836 |

| EMPRESA | ENFASIS | CARGO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|
| Consorcio CHO Hospital Sucre | OSTEMUSCULAR | Obrero | Coveñas |

### CERTIFICACION DE APTITUD

| APTO PARA EL CARGO | SI | APLAZADO | |
|---|---|---|---|
| Apto para trabajo en alturas | | Apto para trabajo con restricción | | Apto para manipulacion de alimentos | |

### OBSERVACIONES AL CONCEPTO

PACIENTE SIN PATOLOGIA APARENTE QUE LA LIMITE PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES, SE LE DAN RECOMENDACIONES SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIO.

PACIENTE SIN LIMITACION FISICA PARA DESARROLLAR SUS FUNCIONES OSTEOMUSCULAR.

### RECOMENDACIONES ESPECIFICAS Y/O RESTRICCIONES

1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 2. DIETA SANA Y EJERCICIOS DIARIOS. 3. PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. 4. USO ADECUADAMENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 5. AUTOEXAMEN TESTICULAR. 6. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD FRENTE AL COVID 19. 7, BAJAR DE PESO CITA CON LA NUTRICIONISTA DE LA EPS.

### EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Audiometria | | Glicemia Basal | | KOH, Coprológico, Frotis Faringeo | |
| Visiometria | | Perfil Hepático | | Rx Columna Dinámica | |
| Espirometria | | Test de Fobias | | RX Columna Lumbosacra | |
| Cuadro Hemático | | Electrocardiograma | | Sensopsicométrico | |
| Perfil Lipídico | | Rx Tórax | | Parcial de Orina | |

### LEGALIDAD

**Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido pleno es inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.**

Kevin Sierra
Firma del Paciente

Aldana B
Firma Médico Especialista en SO

Luis Aldana O...
MD. SALUD OCUPACIONAL
LSO 1252

Salud Ocupacional

# LUIS GABRIEL ALDANA OTERO

Mèdico especialista en salud ocupacional
Registro medico 8396
Licencia Salud Ocupacional: 01252 del 28/09/2020
celular: 3117367321

| FECHA | C.C. |
|---|---|
| 03-sept-2024 | 15.034.491 |

## CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

### DATOS PERSONALES

| NOMBRE COMPLETO | FECHA NACIMIENTO | T. SANGRE |
|---|---|---|
| Jhony Doria Molina | 16-02-1970 | A+ |

| CIUDAD | EPS | EDAD | MOVIL |
|---|---|---|---|
| Coveñas. | Nueva | 54 años. | 3212258777 |

| EMPRESA | ENFASIS | CARGO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|
| Consorcio CMO Hospital sucre. | OSTEMUSCULAR | Obrero | Coveñas |

### CERTIFICACION DE APTITUD

| APTO PARA EL CARGO | Si | APLAZADO | |
|---|---|---|---|

| Apto para trabajo en alturas | | Apto para trabajo con restricción | | Apto para manipulacion de alimentos | |
|---|---|---|---|---|---|

### OBSERVACIONES AL CONCEPTO

PACIENTE SIN PATOLOGIA APARENTE QUE LA LIMITE PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES, SE LE DAN RECOMENDACIONES SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIO.

PACIENTE SIN LIMITACION FISICA PARA DESARROLLAR SUS FUNCIONES OSTEOMUSCULAR.

### RECOMENDACIONES ESPECIFICAS Y/O RESTRICCIONES

1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 2. DIETA SANA Y EJERCICIOS DIARIOS. 3. PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. 4. USO ADECUADAMENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 5. AUTOEXAMEN TESTICULAR. 6. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD FRENTE AL COVID 19. 7, BAJAR DE PESO CITA CON LA NUTRICIONISTA DE LA EPS.

### EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Audiometría | | Glicemia Basal | | KOH, Coprológico, Frotis Faringeo | |
| Visiometria | | Perfil Hepático | | Rx Columna Dinámica | |
| Espirometría | | Test de Fobias | | RX Columna Lumbosacra | |
| Cuadro Hemático | | Electrocardiograma | | Sensopsicométrico | |
| Perfil Lipídico | | Rx Tórax | | Parcial de Orina | |

### LEGALIDAD

**Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido pleno es inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.**

Johny Doria Molina
Firma del Paciente

Aldana
Firma Médico Especialista en SO

Luis Aldana Otero
MD. SALUD OCUP.
LGO 1252

Salud Ocupacional

# LUIS GABRIEL ALDANA OTERO

Mèdico especialista en salud ocupacional
Registro medico 8396
Licencia Salud Ocupacional: 01252 del 28/09/2020
celular: 3117367321

| FECHA | C.C. |
|---|---|
| 03-Sept-2024 | 1104861738 |

## CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

### DATOS PERSONALES

| NOMBRE COMPLETO | FECHA NACIMIENTO | T. SANGRE |
|---|---|---|
| Carlos Blanquiceth Rivera | 06-01-1984 | A+ |

| CIUDAD | EPS | EDAD | MOVIL |
|---|---|---|---|
| Coveñas | Caja Copi | 39 | 3007804377 |

| EMPRESA | ENFASIS | CARGO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|
| Consorcio CMO Hospital Sucre | OSTEMUSCULAR | Obrero | Coveñas |

### CERTIFICACION DE APTITUD

| APTO PARA EL CARGO | SC | APLAZADO | |
|---|---|---|---|

| Apto para trabajo en alturas | | Apto para trabajo con restricción | | Apto para manipulacion de alimentos | |
|---|---|---|---|---|---|

### OBSERVACIONES AL CONCEPTO

PACIENTE SIN PATOLOGIA APARENTE QUE LA LIMITE PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES, SE LE DAN RECOMENDACIONES SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIO.

PACIENTE SIN LIMITACION FISICA PARA DESARROLLAR SUS FUNCIONES OSTEOMUSCULAR.

### RECOMENDACIONES ESPECIFICAS Y/O RESTRICCIONES

1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 2. DIETA SANA Y EJERCICIOS DIARIOS. 3. PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. 4. USO ADECUADAMENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 5. AUTOEXAMEN TESTICULAR. 6. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD FRENTE AL COVID 19. 7, BAJAR DE PESO CITA CON LA NUTRICIONISTA DE LA EPS.

### EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Audiometria | | Glicemia Basal | | KOH, Coprológico, Frotis Faringeo | |
| Visiometria | | Perfil Hepático | | Rx Columna Dinámica | |
| Espirometria | | Test de Fobias | | RX Columna Lumbosacra | |
| Cuadro Hemático | | Electrocardiograma | | Sensopsicométrico | |
| Perfil Lipídico | | Rx Tórax | | Parcial de Orina | |

### LEGALIDAD

**Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido pleno es inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.**

Carlos Blanquiceth
Firma del Paciente

Firma Médico Especialista en SO

Luis Aldana Otero
MD. SALUD OCUPACIONAL
LSO 1252

Salud Ocupacional

## LUIS GABRIEL ALDANA OTERO

Mèdico especialista en salud ocupacional
Registro medico 8396
Licencia Salud Ocupacional: 01252 del 28/09/2020
celular: 3117367321

| FECHA | C.C. |
|---|---|
| 03-Sept-2024 | 1007245339 |

### CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

#### DATOS PERSONALES

| NOMBRE COMPLETO | FECHA NACIMIENTO | T. SANGRE |
|---|---|---|
| Kener Gonzalez Banquet | 18-11-1997 | |

| CIUDAD | EPS | EDAD | MOVIL |
|---|---|---|---|
| Coveñas. | Nueva | 26 años. | 3216638752 |

| EMPRESA | ENFASIS | CARGO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|
| Consorcio CHO Hospital Sucre | OSTEMUSCULAR | Obrero | Coveñas |

#### CERTIFICACION DE APTITUD

| APTO PARA EL CARGO | SÍ | APLAZADO | |
|---|---|---|---|

| Apto para trabajo en alturas | | Apto para trabajo con restricción | | Apto para manipulacion de alimentos | |
|---|---|---|---|---|---|

#### OBSERVACIONES AL CONCEPTO

PACIENTE SIN PATOLOGIA APARENTE QUE LA LIMITE PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES, SE LE DAN RECOMENDACIONES SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIO.

PACIENTE SIN LIMITACION FISICA PARA DESARROLLAR SUS FUNCIONES OSTEOMUSCULAR.

#### RECOMENDACIONES ESPECIFICAS Y/O RESTRICCIONES

1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 2. DIETA SANA Y EJERCICIOS DIARIOS. 3. PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. 4. USO ADECUADAMENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 5. AUTOEXAMEN TESTICULAR. 6. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD FRENTE AL COVID 19. 7, BAJAR DE PESO CITA CON LA NUTRICIONISTA DE LA EPS.

#### EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Audiometría | | Glicemia Basal | | KOH, Coprológico, Frotis Faringeo | |
| Visiometria | | Perfil Hepático | | Rx Columna Dinámica | |
| Espirometría | | Test de Fobias | | RX Columna Lumbosacra | |
| Cuadro Hemático | | Electrocardiograma | | Sensopsicométrico | |
| Perfil Lipídico | | Rx Tórax | | Parcial de Orina | |

#### LEGALIDAD

**Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido pleno es inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.**

Kener Gonzalez
Firma del Paciente

Aldana
Firma Médico Especialista en SO

Luis Aldana Otero
MD. SALUD OCUPACIONAL
LGO 1252

Salud Ocupacional

## LUIS GABRIEL ALDANA OTERO

Mèdico especialista en salud ocupacional
Registro medico 8396
Licencia Salud Ocupacional: 01252 del 28/09/2020
celular: 3117367321

| FECHA | C.C. |
|---|---|
| 03-Sept-2024 | 8741258 |

### CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

#### DATOS PERSONALES

| NOMBRE COMPLETO | FECHA NACIMIENTO | T. SANGRE |
|---|---|---|
| Jose Antonio Hernandez Gonzalez | 06-11-1963 | A+ |

| CIUDAD | EPS | EDAD | MOVIL |
|---|---|---|---|
| Coveñas. | Mutual ser | 60 años | 3215785726 |

| EMPRESA | ENFASIS | CARGO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|
| Consorcio CMO Hospital Sucre | OSTEMUSCULAR | Maestro de Obra | Coveñas |

#### CERTIFICACION DE APTITUD

| APTO PARA EL CARGO | SI | APLAZADO | |
|---|---|---|---|

| Apto para trabajo en alturas | | Apto para trabajo con restricción | | Apto para manipulacion de alimentos | |
|---|---|---|---|---|---|

**OBSERVACIONES AL CONCEPTO**

PACIENTE SIN PATOLOGIA APARENTE QUE LA LIMITE PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES, SE LE DAN RECOMENDACIONES SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIO.

PACIENTE SIN LIMITACION FISICA PARA DESARROLLAR SUS FUNCIONES OSTEOMUSCULAR.

**RECOMENDACIONES ESPECIFICAS Y/O RESTRICCIONES**

1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 2. DIETA SANA Y EJERCICIOS DIARIOS. 3. PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. 4. USO ADECUADAMENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 5. AUTOEXAMEN TESTICULAR. 6. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD FRENTE AL COVID 19. 7, BAJAR DE PESO CITA CON LA NUTRICIONISTA DE LA EPS.

**EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Audiometria | | Glicemia Basal | | KOH, Coprológico, Frotis Faringeo | |
| Visiometria | | Perfil Hepático | | Rx Columna Dinámica | |
| Espirometria | | Test de Fobias | | RX Columna Lumbosacra | |
| Cuadro Hemático | | Electrocardiograma | | Sensopsicométrico | |
| Perfil Lipidico | | Rx Tórax | | Parcial de Orina | |

**LEGALIDAD**

**Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido pleno es inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.**

Jose A. Hernandez G.
Firma del Paciente

Aldana O
Firma Médico Especialista en SO

Luis Aldana Otero
MD. SALUD OCUPACIONAL
LSO 1252

Salud Ocupacional

# LUIS GABRIEL ALDANA OTERO

Mèdico especialista en salud ocupacional
Registro medico 8396
Licencia Salud Ocupacional: 01252 del 28/09/2020
celular: 3117367321

| FECHA | C.C. |
|---|---|
| 03-Sept-2024. | 1073809586 |

## CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

### DATOS PERSONALES

| NOMBRE COMPLETO | FECHA NACIMIENTO | T. SANGRE |
|---|---|---|
| Oscar Miguel Cavsil Galvan. | 18-11-1985 | O+ |

| CIUDAD | EPS | EDAD | MOVIL |
|---|---|---|---|
| Coveñas. | | 38 años | 3146712112 |

| EMPRESA | ENFASIS | CARGO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|
| Consorcio CMO Hospital Sucre | OSTEMUSCULAR | Oficial | Coveñas. |

### CERTIFICACION DE APTITUD

| APTO PARA EL CARGO | Si | APLAZADO | |
|---|---|---|---|

| Apto para trabajo en alturas | | Apto para trabajo con restricción | | Apto para manipulacion de alimentos | |
|---|---|---|---|---|---|

### OBSERVACIONES AL CONCEPTO

PACIENTE SIN PATOLOGIA APARENTE QUE LA LIMITE PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES, SE LE DAN RECOMENDACIONES SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIO.

PACIENTE SIN LIMITACION FISICA PARA DESARROLLAR SUS FUNCIONES OSTEOMUSCULAR.

### RECOMENDACIONES ESPECIFICAS Y/O RESTRICCIONES

1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 2. DIETA SANA Y EJERCICIOS DIARIOS. 3. PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. 4. USO ADECUADAMENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 5. AUTOEXAMEN TESTICULAR. 6. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD FRENTE AL COVID 19. 7. BAJAR DE PESO CITA CON LA NUTRICIONISTA DE LA EPS.

### EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Audiometría | | Glicemia Basal | | KOH, Coprológico, Frotis Faringeo | |
| Visiometria | | Perfil Hepático | | Rx Columna Dinámica | |
| Espirometría | | Test de Fobias | | RX Columna Lumbosacra | |
| Cuadro Hemático | | Electrocardiograma | | Sensopsicométrico | |
| Perfil Lipídico | | Rx Tórax | | Parcial de Orina | |

### LEGALIDAD

**Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido pleno es inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.**

Firma del Paciente

Firma Médico Especialista en SO

Luis Aldana Otero
MD. SALUD OCUPACIONAL
L60 1252

Salud Ocupacional

## LUIS GABRIEL ALDANA OTERO

Mèdico especialista en salud ocupacional
Registro medico 8396
Licencia Salud Ocupacional: 01252 del 28/09/2020
celular: 3117367321

| FECHA | C.C. |
|---|---|
| 03-Sept-2024 | 1131108805 |

### CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

#### DATOS PERSONALES

| NOMBRE COMPLETO | FECHA NACIMIENTO | T. SANGRE |
|---|---|---|
| Luis Enrique Ladeuth Suarez | 27-12-1993 | O+ |

| CIUDAD | EPS | EDAD | MOVIL |
|---|---|---|---|
| Coveñas. | Mutual ser | 30 años | 3003352203 |

| EMPRESA | ENFASIS | CARGO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|
| Consorcio CMO Hospital sucre | OSTEMUSCULAR | Obrero | Coveñas. |

#### CERTIFICACION DE APTITUD

| APTO PARA EL CARGO | SI | APLAZADO | |
|---|---|---|---|

| Apto para trabajo en alturas | | Apto para trabajo con restricción | | Apto para manipulacion de alimentos | |
|---|---|---|---|---|---|

#### OBSERVACIONES AL CONCEPTO

PACIENTE SIN PATOLOGIA APARENTE QUE LA LIMITE PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES, SE LE DAN RECOMENDACIONES SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIO.

PACIENTE SIN LIMITACION FISICA PARA DESARROLLAR SUS FUNCIONES OSTEOMUSCULAR.

#### RECOMENDACIONES ESPECIFICAS Y/O RESTRICCIONES

1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 2. DIETA SANA Y EJERCICIOS DIARIOS. 3. PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. 4. USO ADECUADAMENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 5. AUTOEXAMEN TESTICULAR. 6. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD FRENTE AL COVID 19. 7, BAJAR DE PESO CITA CON LA NUTRICIONISTA DE LA EPS.

#### EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Audiometria | | Glicemia Basal | | KOH, Coprológico, Frotis Faringeo | |
| Visiometria | | Perfil Hepático | | Rx Columna Dinámica | |
| Espirometria | | Test de Fobias | | RX Columna Lumbosacra | |
| Cuadro Hemático | | Electrocardiograma | | Sensopsicométrico | |
| Perfil Lipídico | | Rx Tórax | | Parcial de Orina | |

#### LEGALIDAD

**Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido pleno es inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.**

Luis Enrique Ladeuth Suarez
Firma del Paciente

Aldana
Firma Médico Especialista en SO

Luis Aldana
MD. SALUD OCUP
LSO 12

Salud Ocupacional

## LUIS GABRIEL ALDANA OTERO

Mèdico especialista en salud ocupacional
Registro medico 8396
Licencia Salud Ocupacional: 01252 del 28/09/2020
celular: 3117367321

| FECHA | C.C. |
|---|---|
| 03-Sept-2024 | 78030594 |

### CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

#### DATOS PERSONALES

| NOMBRE COMPLETO | FECHA NACIMIENTO | T. SANGRE |
|---|---|---|
| Daniel Dario Palomino Alvarez | 05-12-1977 | O+ |

| CIUDAD | EPS | EDAD | MOVIL |
|---|---|---|---|
| Coveñas. | Salud total | 46 años. | 3126329462 |

| EMPRESA | ENFASIS | CARGO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|
| Consorcio CMO Hospital Sucre | OSTEMUSCULAR | Oficial | Coveñas. |

#### CERTIFICACION DE APTITUD

| APTO PARA EL CARGO | SI | APLAZADO | |
|---|---|---|---|

| Apto para trabajo en alturas | | Apto para trabajo con restricción | | Apto para manipulacion de alimentos | |
|---|---|---|---|---|---|

#### OBSERVACIONES AL CONCEPTO

PACIENTE SIN PATOLOGIA APARENTE QUE LA LIMITE PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES, SE LE DAN RECOMENDACIONES SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIO.

PACIENTE SIN LIMITACION FISICA PARA DESARROLLAR SUS FUNCIONES OSTEOMUSCULAR.

#### RECOMENDACIONES ESPECIFICAS Y/O RESTRICCIONES

1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 2. DIETA SANA Y EJERCICIOS DIARIOS. 3. PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. 4. USO ADECUADAMENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 5. AUTOEXAMEN TESTICULAR. 6. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD FRENTE AL COVID 19. 7, BAJAR DE PESO CITA CON LA NUTRICIONISTA DE LA EPS.

#### EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Audiometria | | Glicemia Basal | | KOH, Coprológico, Frotis Faringeo | |
| Visiometria | | Perfil Hepático | | Rx Columna Dinámica | |
| Espirometria | | Test de Fobias | | RX Columna Lumbosacra | |
| Cuadro Hemático | | Electrocardiograma | | Sensopsicométrico | |
| Perfil Lipídico | | Rx Tórax | | Parcial de Orina | |

#### LEGALIDAD

**Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido pleno es inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.**

DANIEL
Firma del Paciente

Firma Médico Especialista en SO

Luis Aldana Otero
MD. SALUD OCUPACIONAL
LBO 1252

Salud Ocupacional

# LUIS GABRIEL ALDANA OTERO

Mèdico especialista en salud ocupacional
Registro medico 8396
Licencia Salud Ocupacional: 01252 del 28/09/2020
celular: 3117367321

| FECHA | C.C. |
|---|---|
| 03-Sept-2024 | 78 717 284 |

## CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

### DATOS PERSONALES

| NOMBRE COMPLETO | FECHA NACIMIENTO | T. SANGRE |
|---|---|---|
| Teodoro Prada Regino | 22-09-1970 | O- |

| CIUDAD | EPS | EDAD | MOVIL |
|---|---|---|---|
| Coveñas. | Mutual ser. | 53 años. | 3225054922 |

| EMPRESA | ENFASIS | CARGO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|
| Consorcio CHO Hospital Sucre | OSTEMUSCULAR | Maestro de Obra | Coveñas |

### CERTIFICACION DE APTITUD

| APTO PARA EL CARGO | SÍ | APLAZADO | |
|---|---|---|---|

| Apto para trabajo en alturas | | Apto para trabajo con restricción | | Apto para manipulacion de alimentos | |
|---|---|---|---|---|---|

### OBSERVACIONES AL CONCEPTO

PACIENTE SIN PATOLOGIA APARENTE QUE LA LIMITE PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES, SE LE DAN RECOMENDACIONES SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIO.

PACIENTE SIN LIMITACION FISICA PARA DESARROLLAR SUS FUNCIONES OSTEOMUSCULAR.

### RECOMENDACIONES ESPECIFICAS Y/O RESTRICCIONES

1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 2. DIETA SANA Y EJERCICIOS DIARIOS. 3. PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. 4. USO ADECUADAMENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 5. AUTOEXAMEN TESTICULAR. 6. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD FRENTE AL COVID 19. 7, BAJAR DE PESO CITA CON LA NUTRICIONISTA DE LA EPS.
CITA CON OFTALMOLOGO

### EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Audiometría | | Glicemia Basal | | KOH, Coprológico, Frotis Faringeo | |
| Visiometría | | Perfil Hepático | | Rx Columna Dinámica | |
| Espirometría | | Test de Fobias | | RX Columna Lumbosacra | |
| Cuadro Hemático | | Electrocardiograma | | Sensopsicométrico | |
| Perfil Lipídico | | Rx Tórax | | Parcial de Orina | |

### LEGALIDAD

**Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido pleno es inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.**

Firma del Paciente

Firma Médico Especialista en SO

Luis Aldana Otero
MD. SALUD OCUPACIONAL
LSO 1252

Salud Ocupacional

# LUIS GABRIEL ALDANA OTERO

Mèdico especialista en salud ocupacional
Registro medico 8396
Licencia Salud Ocupacional: 01252 del 28/09/2020
celular: 3117367321

| FECHA | C.C. |
|---|---|
| 03-09-2024 | 1007.663.238 |

## CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

### DATOS PERSONALES

| NOMBRE COMPLETO | FECHA NACIMIENTO | T. SANGRE |
|---|---|---|
| Javier Barrio Diaz | 17-03-1997 | O+ |

| CIUDAD | EPS | EDAD | MOVIL |
|---|---|---|---|
| Coveñas. | Nueva | 27 años | 3163846698 |

| EMPRESA | ENFASIS | CARGO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|
| Consorcio CMO Hospital sucre | OSTEMUSCULAR | Obrero | Coveñas. |

### CERTIFICACION DE APTITUD

| APTO PARA EL CARGO | SÍ | APLAZADO | |
|---|---|---|---|

| Apto para trabajo en alturas | | Apto para trabajo con restricción | | Apto para manipulacion de alimentos | |
|---|---|---|---|---|---|

### OBSERVACIONES AL CONCEPTO

PACIENTE SIN PATOLOGIA APARENTE QUE LA LIMITE PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES, SE LE DAN RECOMENDACIONES SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIO.

PACIENTE SIN LIMITACION FISICA PARA DESARROLLAR SUS FUNCIONES OSTEOMUSCULAR.

### RECOMENDACIONES ESPECIFICAS Y/O RESTRICCIONES

1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 2. DIETA SANA Y EJERCICIOS DIARIOS. 3. PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. 4. USO ADECUADAMENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 5. AUTOEXAMEN TESTICULAR. 6. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD FRENTE AL COVID 19. 7, BAJAR DE PESO CITA CON LA NUTRICIONISTA DE LA EPS.

### EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Audiometría | | Glicemia Basal | | KOH, Coprológico, Frotis Faringeo | |
| Visiometria | | Perfil Hepático | | Rx Columna Dinámica | |
| Espirometría | | Test de Fobias | | RX Columna Lumbosacra | |
| Cuadro Hemático | | Electrocardiograma | | Sensopsicométrico | |
| Perfil Lipídico | | Rx Tórax | | Parcial de Orina | |

### LEGALIDAD

**Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido pleno es inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.**

Firma del Paciente

Firma Médico Especialista en SO

*Luis Aldana Otero*
MD. SALUD OCUPACIONAL
LGO 1252

Salud Ocupacional

# LUIS GABRIEL ALDANA OTERO

Médico especialista en salud ocupacional
Registro medico 8396
Licencia Salud Ocupacional: 01252 del 28/09/2020
celular: 3117367321

| FECHA | C.C. |
|---|---|
| 03- Sept 2024 | 11000373 |

## CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

### DATOS PERSONALES

| NOMBRE COMPLETO | FECHA NACIMIENTO | T. SANGRE |
|---|---|---|
| Romulo Eduardo Palmera Aparicio | 24-01-1977 | O+ |

| CIUDAD | EPS | EDAD | MOVIL |
|---|---|---|---|
| Coveñas. | Mutual ser | 47 años | 3013132810 |

| EMPRESA | ENFASIS | CARGO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|
| Consorcio CHO Hospital Sucre | OSTEMUSCULAR | Maestro de Obra | Coveñas |

### CERTIFICACION DE APTITUD

| APTO PARA EL CARGO | SI | APLAZADO | |
|---|---|---|---|

| Apto para trabajo en alturas | | Apto para trabajo con restricción | | Apto para manipulacion de alimentos | |
|---|---|---|---|---|---|

### OBSERVACIONES AL CONCEPTO

PACIENTE SIN PATOLOGIA APARENTE QUE LA LIMITE PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES, SE LE DAN RECOMENDACIONES SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIO.

PACIENTE SIN LIMITACION FISICA PARA DESARROLLAR SUS FUNCIONES OSTEOMUSCULAR.

### RECOMENDACIONES ESPECIFICAS Y/O RESTRICCIONES

1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 2. DIETA SANA Y EJERCICIOS DIARIOS. 3. PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. 4. USO ADECUADAMENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 5. AUTOEXAMEN TESTICULAR. 6. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD FRENTE AL COVID 19. 7, BAJAR DE PESO CITA CON LA NUTRICIONISTA DE LA EPS.
CITA AL OFTALMOLOGO

### EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Audiometría | | Glicemia Basal | | KOH, Coprológico, Frotis Faringeo | |
| Visiometria | | Perfil Hepático | | Rx Columna Dinámica | |
| Espirometria | | Test de Fobias | | RX Columna Lumbosacra | |
| Cuadro Hemático | | Electrocardiograma | | Sensopsicométrico | |
| Perfil Lipídico | | Rx Tórax | | Parcial de Orina | |

### LEGALIDAD

**Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido pleno es inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.**

Romulo Palmera
Firma del Paciente

Firma Médico Especialista en SO

Luis Aldana Otero
MD. SALUD OCUPACIONAL
LSO 1252

Salud Ocupacional

## LUIS GABRIEL ALDANA OTERO

Mèdico especialista en salud ocupacional
Registro medico 8396
Licencia Salud Ocupacional: 01252 del 28/09/2020
celular: 3117367321

| FECHA | C.C. |
|---|---|
| 03-Sept-2024 | 87694402 |

### CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

#### DATOS PERSONALES

| NOMBRE COMPLETO | FECHA NACIMIENTO | T. SANGRE |
|---|---|---|
| Aldrin Valencia | 14-10-1969 | O+ |

| CIUDAD | EPS | EDAD | MOVIL |
|---|---|---|---|
| Coveñas. | Nueva EPS | 54 años. | 3022142819 |

| EMPRESA | ENFASIS | CARGO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|
| Consorcio CHO Hospital sucre | OSTEMUSCULAR | Maestro de Obra | Coveñas. |

#### CERTIFICACION DE APTITUD

| APTO PARA EL CARGO | SI | APLAZADO | |
|---|---|---|---|

| Apto para trabajo en alturas | | Apto para trabajo con restricción | | Apto para manipulacion de alimentos | |
|---|---|---|---|---|---|

#### OBSERVACIONES AL CONCEPTO

PACIENTE SIN PATOLOGIA APARENTE QUE LA LIMITE PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES, SE LE DAN RECOMENDACIONES SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIO.

PACIENTE SIN LIMITACION FISICA PARA DESARROLLAR SUS FUNCIONES OSTEOMUSCULAR.

#### RECOMENDACIONES ESPECIFICAS Y/O RESTRICCIONES

1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 2. DIETA SANA Y EJERCICIOS DIARIOS. 3. PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. 4. USO ADECUADAMENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 5. AUTOEXAMEN TESTICULAR. 6. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD FRENTE AL COVID 19. 7, BAJAR DE PESO CITA CON LA NUTRICIONISTA DE LA EPS.

#### EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Audiometría | | Glicemia Basal | | KOH, Coprológico, Frotis Faringeo | |
| Visiometria | | Perfil Hepático | | Rx Columna Dinámica | |
| Espirometria | | Test de Fobias | | RX Columna Lumbosacra | |
| Cuadro Hemático | | Electrocardiograma | | Sensopsicométrico | |
| Perfil Lipídico | | Rx Tórax | | Parcial de Orina | |

#### LEGALIDAD

**Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido pleno es inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.**

Firma del Paciente

Firma Médico Especialista en SO

Luis Aldana Otero
MD. SALUD OCUPACIONAL
LSO 1252

Salud Ocupacional

# LUIS GABRIEL ALDANA OTERO

Mèdico especialista en salud ocupacional
Registro medico 8396
Licencia Salud Ocupacional: 01252 del 28/09/2020
celular: 3117367321

| FECHA | C.C. |
|---|---|
| 03-Sept-2024. | 92640310 |

## CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

### DATOS PERSONALES

| NOMBRE COMPLETO | FECHA NACIMIENTO | T. SANGRE |
|---|---|---|
| Jaider jose chamorro estrada | 22-09-1983 | O+ |

| CIUDAD | EPS | EDAD | MOVIL |
|---|---|---|---|
| Coveñas. | Salud total | 40 años. | 3244456314 |

| EMPRESA | ENFASIS | CARGO | MUNICIPIO |
|---|---|---|---|
| Consorcio CMO Hospital Sucre | OSTEMUSCULAR | Oficial. | Coveñas. |

### CERTIFICACION DE APTITUD

| APTO PARA EL CARGO | SI | APLAZADO | |
|---|---|---|---|

| Apto para trabajo en alturas | | Apto para trabajo con restricción | | Apto para manipulacion de alimentos | |
|---|---|---|---|---|---|

### OBSERVACIONES AL CONCEPTO

PACIENTE SIN PATOLOGIA APARENTE QUE LA LIMITE PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES, PUEDE LABORAR SIN RESTRICCIONES, SE LE DAN RECOMENDACIONES SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIO.

PACIENTE SIN LIMITACION FISICA PARA DESARROLLAR SUS FUNCIONES OSTEOMUSCULAR.

### RECOMENDACIONES ESPECIFICAS Y/O RESTRICCIONES

1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE. 2. DIETA SANA Y EJERCICIOS DIARIOS. 3. PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL. 4. USO ADECUADAMENTE DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. 5. AUTOEXAMEN TESTICULAR. 6. USO ADECUADO DE ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD FRENTE AL COVID 19. 7, BAJAR DE PESO CITA CON LA NUTRICIONISTA DE LA EPS.
Cita con el Oftalmologo

### EXAMENES PARACLINICOS REALIZADOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Audiometría | | Glicemia Basal | | KOH, Coprológico, Frotis Faringeo | |
| Visiometria | | Perfil Hepático | | Rx Columna Dinámica | |
| Espirometría | | Test de Fobias | | RX Columna Lumbosacra | |
| Cuadro Hemático | | Electrocardiograma | | Sensopsicométrico | |
| Perfil Lipídico | | Rx Tórax | | Parcial de Orina | |

### LEGALIDAD

**Este documento hace parte de la historia clínica electrónica ocupacional y su contenido pleno es Inmodificable. El trabajador manifiesta conocer el contenido registrado en el "Examen Médico de Ingreso"; el cual cumple con lo dispuesto en la Resolución 2346 de 2007. Se manifiesta informado de las medidas preventivas y correctivas en el cuidado de su salud. Autoriza al suscrito Médico para que custodie su Historia Clínica Ocupacional cumpliendo con el ordenamiento de la Resolución 1918 de 2009 y la Resolución 0839 de 2017. Su uso y copias solo pueden ser divulgadas en el momento y modo descritos por la Ley.**

Jaider ch
Firma del Paciente

Firma Médico Especialista en SO

Luis Aldana Otero
MD. SALUD OCUPACIONAL
LSO 1252

# Carta de notificación de funciones de los perfiles del cargo al medico

Montería, 03 de septiembre de 2024

Señores:
LUIS ALDANA OTERO
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

**REF:** Contrato de Obra No. LP-018-2023 de objeto CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE

**Asunto: REMISIÓN DE PERFIL DEL CARGO**

Cordial saludo.

En cumplimiento de las obligaciones que nos asisten como contratista del contrato de la referencia, y dando cumplimiento a la cláusula 9 de obligaciones generales del contratista de obra, específicamente el numeral 14, en el cual se establece que durante la ejecución del contrato deberá observar las leyes y los reglamentos relativos a Salud Ocupacional y Seguridad Industrial y tomar todas aquellas precauciones necesarias para evitar que se produzcan en las zonas de sus campamentos de trabajo, accidentes o condiciones insalubres; así como dotar a su personal y asegurar el uso adecuado de los elementos de protección personal (EPP), y el numeral 11 en el cual se establece la obligación de cumplir con sus obligaciones laborales respecto del personal a su cargo, y con las obligaciones tributarias y ambientales que le correspondan de acuerdo con su labor, nos permitimos informar sobre el perfil del cargo, descripción de las tareas y el medio donde se desarrolla los trabajos.

Atentamente,

NAYALIBE ELJACH MANJARREZ
R/L CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE
NIT: 901.811.441-3

Recibido

Luis G. Aldana Otero
Medico Salud Ocupacional
L.S.O. 01252

LUIS ALDANA OTERO
MEDICO ESP. EN SALUD OCUPACIONAL

Proyectó: Luis Eduardo Salgado Padilla – Ing. SST
Ver anexo: perfil del cargo y solicitud de examen

# Anexo 9, Informe de condiciones de salud

Luis Gabriel Aldana Otero
Med. Especialista salud ocupacional

# INFORME DE EXAMENES MEDICOS DE SALUD OCUPACIONAL

MODALIDAD DE INGRESO

REALIZADO AL CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

SAHAGÚN
SEPTIEMBRE 07 DE 2024

Luis Gabriel Aldana Otero
Med. Especialista salud ocupacional

# INTRODUCCION

El trabajo como fenómeno social y base fundamental para el individuo, permite al ser humana relacionarse con quienes lo rodean y con la naturaleza para de esta forma hacer presencia social como elemento productivo y generador de interacción al igual que la satisfacción de las necesidades básicas.

En el área laboral el trabajador está expuesto a diversas variables que pueden conducir a efectos positivos como negativos y que por ende influirán en su proceso de salud.

Por dicha razón la salud ocupacional busca mejorar las condiciones SALUD & TRABAJO, a través de la participación de varias disciplinas entre ella el área de la salud, ejecutando acciones de promoción de la salud y la prevención de enfermedad, incluidas en el programa de medicina preventiva y del trabajo desarrollando diferentes tipos de exámenes con el objeto de evaluar condiciones físicas, funcionales y psíquicas del trabajador e identificar los factores a los cuales hay exposición y la forma de tener un mayor control sobre estos ya sea realizando modificaciones, pero pensando siempre en la calidad de vida del trabajador. Estas actividades no solo contribuyen al bienestar del individuo y a la calidad de vida sino también a la empresa pues aumentara su productividad.

Teniendo en cuenta el anterior concepto este informe contiene el análisis de las condiciones de salud basado en los hallazgos de los exámenes médicos de INGRESO realizados al CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE.

Luis Gabriel Aldana Otero
Med. Especialista salud ocupacional

## OBJETIVOS

Establecer las condiciones de salud de los trabajadores al CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE en el control de INGRESO del año 2024, mediante la elaboración de exámenes de INGRESO con el fin de conocer su perfil epidemiológico y detectar en forma precoz cualquier patología para posteriormente dar recomendaciones generales y específicas que permitan conservar y mejorar la salud general y colectiva de los trabajadores.

## METODOLOGIA

Para la realización de los exámenes médicos de INGRESO y análisis de las condiciones de salud al CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE se llevó acabo la siguiente metodología.

DETERMINACIÓN DE LA POBLACIÓN: la empresa determina los exámenes médicos de INGRESO a los trabajadores.

REALIZACION DE EXAMENES MEDICOS: se programaron y se realizaron los exámenes médicos durante el mes de SEPTIEMBRE de 2024.

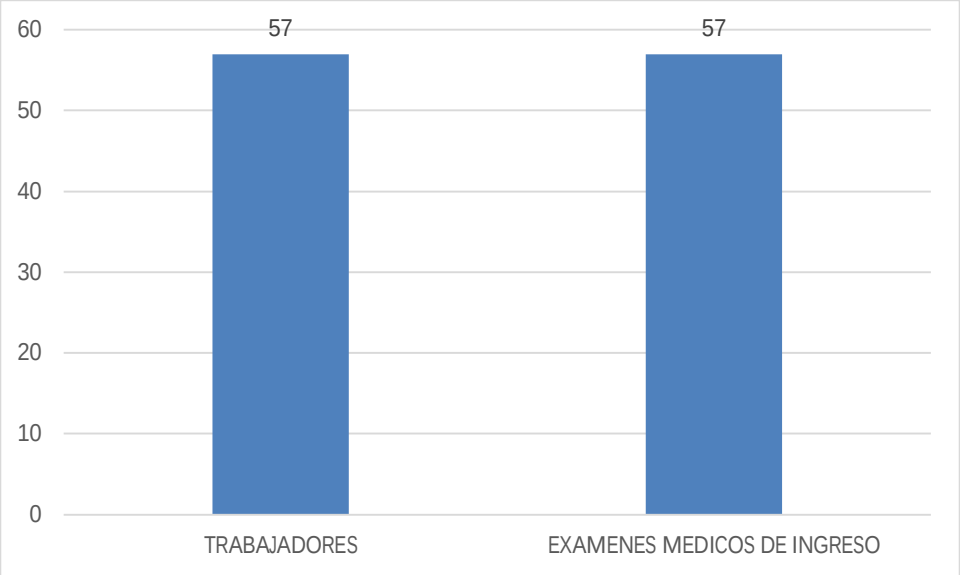
RESUMEN DE HALLAZGOS Y RECOEMNDACIONES: basado en la información obtenida se describen los principales hallazgos y se emiten las recomendaciones pertinentes.

El total de trabajadores evaluados fueron 57 en SEPTIEMBRE de 2024.

Luis Gabriel Aldana Otero
Med. Especialista salud ocupacional

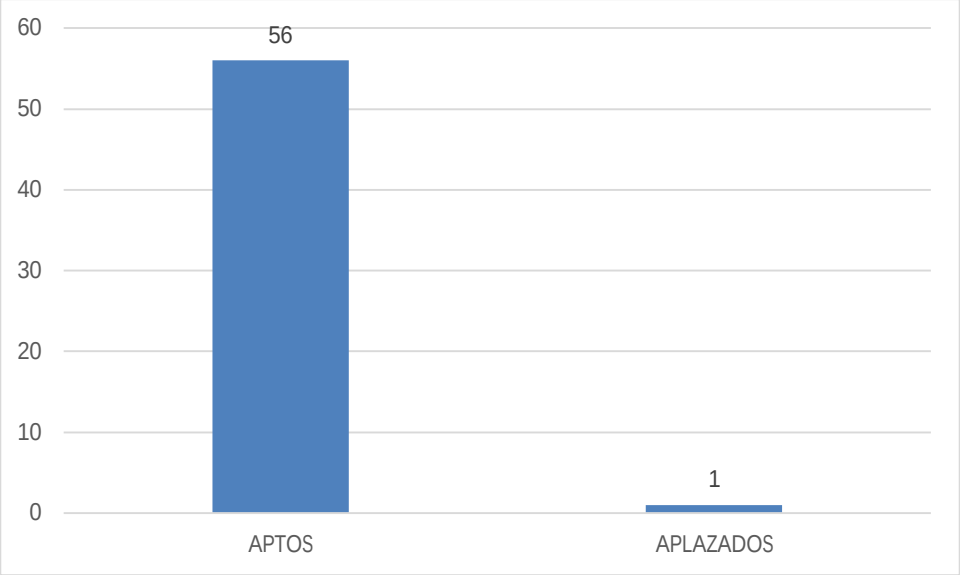
INFORME DE RESULTADOS

Se realizan exámenes médicos ocupacionales de INGRESO en la empresa CMO HOSPITAL SUCRE en un total de 57 trabajadores discriminados de la siguiente manera.



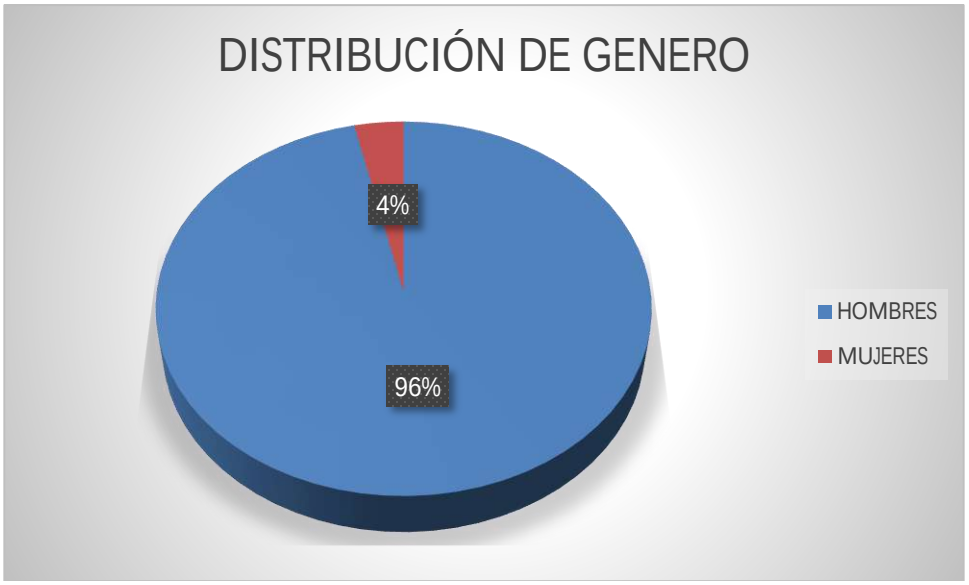
Luis Gabriel Aldana Otero
Med. Especialista salud ocupacional

Se realizaron exámenes médicos ocupacionales de ingreso en la empresa AL CONSORCIO CMO HOSPITAL DE SUCRE en un total de 57 trabajadores los cuales 56 están aptos para ingresar.



Luis Gabriel Aldana Otero
Med. Especialista salud ocupacional

Se realizan exámenes médicos ocupacionales de ingreso en la empresa CONSORCIO CMO HOSPITAL DE SUCRE en un total de 57 trabajadores de los cuales son masculinos 96% , femeninos 4% .



POR RANGO DE EDADES DE LA SIGUIENTE MANERA



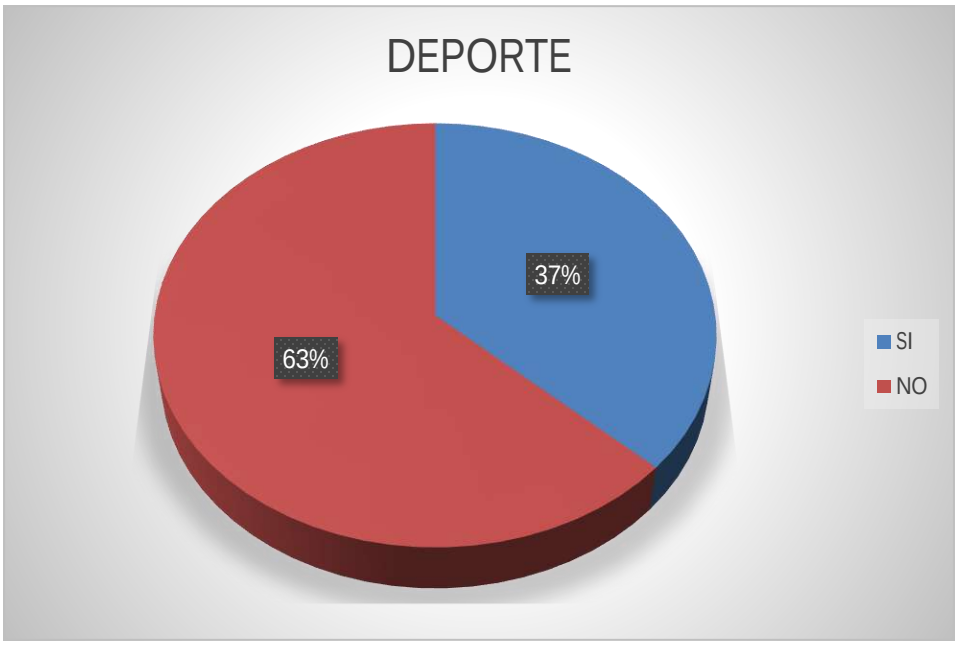

El 42% corresponde a adultos de 19 a 30 años, seguido de 23% adultos de 31 a 40 años, seguidos de 21% adultos 41 a 50 y un 14 % adultos de 51 a 60 años ,

HÁBITOS DE ALCOHOL




El 61 % tiene el consumo de alcohol de manera ocasional y social, mientras que el 39%  no consumo actualmente alcohol.

ACTIVIDADES FÍSICAS Y DEPORTE




El 37% de los trabajadores practican actividades físicas y deportivas 3 veces a la semana mientras que el 63 % no practica actualmente ninguna actividad física.

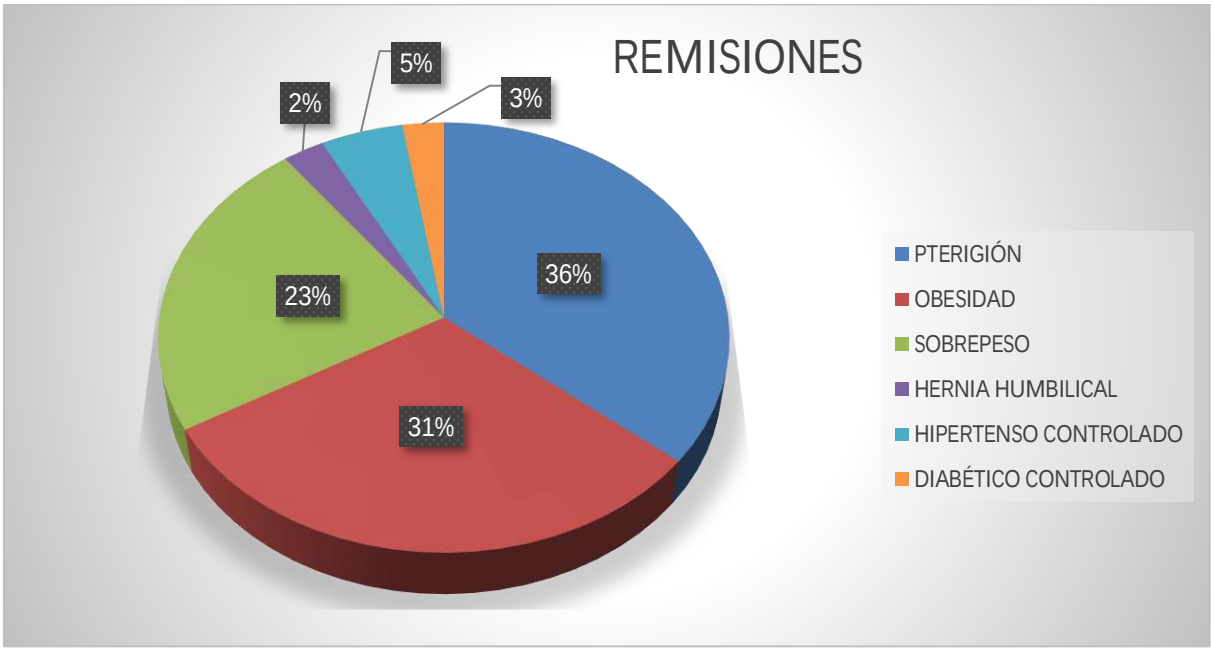
HABITO DE FUMAR




El 93 % no fuma mientras que el 7 % si lo hace.

Luis Gabriel Aldana Otero
Med. Especialista salud ocupacional

REMISIONES




- El 36% fueron remitidos al OFTALMÓLOGA
- EL 31 % fueron remitidos al nutricionista de la EPS.
- EL 23 % fueron remitidos al nutricionista de la EPS.
- EL 2 % fueron remitidos al cirujano.
- EL 2 % fueron remitidos al cirujano.
- EL 5 % fueron remitidos al médico internista.
- EL 3 % fueron remitidos al médico internista.

Luis Gabriel Aldana Otero
Med. Especialista salud ocupacional

- RECOMENDACIONES

- FOMENTAR ESTILO DE VIDA SALUDABLE
- Promover jornadas de salud con capacitaciones, talleres prácticas de cuidado con el fin de mejorar la calidad de vida de los trabajadores y por lo tanto mejorar los niveles de productividad de la empresa.
- Reforzar mediante afiches y folletos etc la prevención de factores de riesgo (COVID - 19) con el fin de fomentar un estilo de vida saludable.
- Fomentar las prácticas deportivas con deportes dinámicos (bailar, futbol, ciclismo, trotar, aeróbicos y levantar pesas ligeras).
- Hacer remisión a la EPS de acuerdo a los hallazgos encontrados y realizar seguimientos de hipertensión.
- Realizar actividades de formación de sensibilización frente a los riesgos laborales presentes y la manera de cómo prevenirlas.
- Seguimiento a los trabajadores en el programa de vigilancia epidemiológica de riesgos cardiovascular, a través de la formación y los menús de las dietas, jornada de valoración física y valoración por nutrición a las personas con el fin de disminuir la incidencia de patologías cardiovasculares.
- Solicitar a la ARL charlas y capacitaciones sobre pautas activas, educación de hábitos saludables de vida.
- Realizar inspecciones de los riesgos laborales para su control en los ambientes de trabajo.
- Utilizar protocolos de bioseguridad en la empresa contra enfermedades infecciosas y COVID-19.
- Realizar tamizajes de covid.
- Realizar promoción sobre la vacunación del covid.
- Recomendar citología vaginal anual.
- Desarrollar un programa de identificación de riesgo psicolaboral.
- Capacitación de temas para levantamientos y movilización de cargas.
- Promoción al personal femenino para realización de exámenes de citología vaginal anual y autoexamen de mama.

Atentamente




CC. 15.038.362 Sahagún - Córdoba
Med. Especialista salud ocupacional
Resolución 1252 del 28 de septiembre de 2020

# Anexo 10, Encuesta y tabulación
# Perfil sociodemográfico

| CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE | PERFIL SOCIODEMOGRAFICO - CONTROL DE PERSONAL | PAG 1 DE 2 |
|---|---|---|
| | | COD SST F048 |
| | | VERSION 1 |

| PROYECTO | CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE |
|---|---|
| FECHA DE ACTUALIZADO | 30/09/2024 |

| SEGUIMIENTO | INFORMACION PERSONAL | | | NOVEDAD | | AFIACION A SEGURIDAD SOCIAL | | | DATOS | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MES ACTUALIZACION | N° | NOMBRES Y APELLIDOS | CEDULA DE CIUDADANIA | CARGO | FECHA DE INGRESO | FECHA DE RETIRO | EPS | ARL | AFP | DIRECCIÓN DE RESIDENCIA | MUNICIPIO | TELEFONO | EDAD | GENERO |
| | 1 | GERMAN PERALTA CARDENAS | 1005708688 | AYUDANTE | 17/07/2024 | | NUEVA EPS | SURA | PORVENIR | PUNTA SECA | COVEÑAS | PENDIENTE | 22 | MASCULINO |
| | 2 | IVAN DARÍO GARAY GLORIA | 1193142465 | AYUDANTE | 17/07/2024 | | FAMILIAR DE COLOMBIA | SURA | PORVENIR | PUNTA SECA | COVEÑAS | 3217549500 | 21 | MASCULINO |
| | 3 | JUAN DAVID RAMOS DÍAZ | 1131111481 | AYUDANTE | 17/07/2024 | | CAJACOPI | SURA | PORVENIR | GUAYABAL | COVEÑAS | 3242597316 | 25 | MASCULINO |
| | 4 | YOFRAN SUAREZ ALVIS | 1131104539 | AYUDANTE | 17/07/2024 | | REGIMEN ESPECIAL | SURA | PROTECCION | PUNTA SECA | COVEÑAS | no tiene | 24 | MASCULINO |
| | 5 | YEINER LUIS HERNANDEZ ALVAREZ | 1003561521 | AYUDANTE | 17/07/2024 | | NUEVA EPS | SURA | COLPENSIONES | PUNTA SECA | COVEÑAS | 3206082768 | 25 | MASCULINO |
| | 6 | MANUEL FRANCISCO TOBAR CORREA | 15029586 | AYUDANTE | 16/07/2024 | | FAMILIAR DE COLOMBIA | SURA | COLFONDOS | CALLE LOS TRAMPOSOS | COVEÑAS | 3007316049 | 54 | MASCULINO |
| | 7 | PEDRO LUIS MURILLO DE HOYOS | 9229029 | AYUDANTE | 12/07/2024 | | SALUD TOTAL | SURA | COLPENSIONES | PUNTA SECA | COVEÑAS | 3004044834 | 48 | MASCULINO |
| | 8 | LUIS MIGUEL CONTRERAS RINCO | 1131108111 | AYUDANTE | 13/07/2024 | 20-07-24 | NUEVA EPS | SURA | PORVENIR | GUAYABAL | COVEÑAS | 3117324319 | 33 | MASCULINO |
| | 9 | ABRAHAM DAVID RODRIGUEZ ESCUDERO | 1193043889 | AYUDANTE | 3/07/2024 | | COOSALUD | SURA | PORVENIR | CALLE LOS TRAMPOSOS | COVEÑAS | 3123018504 | 22 | MASCULINO |
| | 10 | GUSTABO ADOLFO RAMOS DIAZ | 1131110304 | AYUDANTE | 6/07/2024 | | COOSALUD | SURA | PORVENIR | GUAYABAL | COVEÑAS | 3146586703 | 27 | MASCULINO |
| | 11 | JHON JAIRO BANQUET DONADO | 15621529 | ORCIAL | 24/07/2024 | | SALUD TOTAL | SURA | PORVENIR | PORVENIR | COVEÑAS | 3145024765 | 45 | MASCULINO |
| | 12 | VICTOR JOSE CRUZ PATERNINA | 92517051 | RESIDENTE | 30-08-2024 | | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD | SURA | PORVENIR | COVEÑAS | COVEÑAS | 3013903726 | 49 | MASCULINO |
| | 13 | RICARDO JOSÉ MANJARRES PAREJO | 1007564070 | ORCIAL | 14-08-2024 | | NUEVA EPS S.A. | SURA | PORVENIR | K1 VIA PUERTO | BARRANQUILLA | 3001971956 | 29 | MASCULINO |
| | 14 | IVAN DANILO DORIA TIRADO | 1064310879 | AYUDANTE | 21-08-2024 | | NUEVA EPS S.A. | SURA | COLPENSIONES | BELLAVISTA | COVEÑAS | 3044777748 | 19 | MASCULINO |
| | 15 | JORGE ELIECER CANTILLO GUTIERREZ | 1047043732 | AYUDANTE | 14-08-2024 | | NUEVA EPS S.A. | SURA | COLFONDOS | CRA 9 M2 #57-14 | BARRANQUILLA | 3122171972 | 35 | MASCULINO |
| | 16 | HUGO ALBERTO GARAY GLORIA | 1005708729 | AYUDANTE | 21-08-2024 | | NUEVA EPS S.A. | SURA | PORVENIR | PUNTA SECA | COVEÑAS | 30121023789 | 24 | MASCULINO |
| | 17 | GABRIEL MORENO LICONA | 1072529607 | AYUDANTE | 14-08-2024 | | EPS COOSALUD MOVILIDAD | SURA | PORVENIR | PARCELAS | COVEÑAS | 3009526471 | 27 | MASCULINO |
| | 18 | ALDRIN ROBERT VALENCIA | 8769402 | MAESTRO | 14-08-2024 | | NUEVA EPS S.A. | SURA | PORVENIR | CRA 16 #7-15 | BARRANQUILLA | 3022142219 | 54 | MASCULINO |
| | 19 | LUISA FERNANDA SIBAJA LUNA | 1003395473 | RESIDENTE | 17-08-2024 | | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD | SURA | PORVENIR | CRA 15 #34-51 | MONTERIA | 3162794532 | 22 | FEMENINO |
| | 20 | ANI LUZ SUAREZ MORALES | 1007245380 | AYUDANTE | 14-08-2024 | | EPS FAMILIAR DE COLOMBIA | SURA | PROTECCION | TORRENTE INDIGENA | COVEÑAS | 3147586625 | 22 | FEMENINO |
| | 21 | DOMINGUEZ PACHECO MANUEL DE JESUS | 8772760 | ORCIAL | 14-08-2024 | | NUEVA EPS S.A. | SURA | PROTECCION | C 22 #13-18 | BARRANQUILLA | 3014399529 | 53 | MASCULINO |
| | 22 | JARLIN ARIEL VALENCIA | 72212811 | MAESTRO | 14-08-2024 | | NUEVA EPS S.A. | SURA | PROTECCION | C 68 E #20-40 | BARRANQUILLA | 3007740758 | 49 | MASCULINO |
| | 23 | OSWALDO URANGO HERNANDEZ | 1131108401 | AYUDANTE | 29-08-2024 | | EPS FAMILIAR DE COLOMBIA | SURA | NINGUNA AFP | TORRENTE INDIGENA | COVEÑAS | 3216508510 | 32 | MASCULINO |
| | 24 | JULIO CESSAR POSSO PEREZ | 1072522158 | AYUDANTE | 14-08-2024 | | NINGUNA EPS | SURA | PROTECCION | PUNTE PIEDRA | COVEÑAS | 3005091977 | 20 | MASCULINO |
| | 25 | EVER ANTONIO FUENTES ARCIA | 92539319 | MAESTRO | 16-08-2024 | | SALUD TOTAL S.A. | SURA | PROTECCION | BARRIO URIBE URIBE | SINCELEJO | 3213778063 | 43 | MASCULINO |
| | 26 | JEAN CARLOS CARDENAS BOHORQUEZ | 1007245363 | AYUDANTE | 30-08-2024 | | ENTIDAD PROMOTORA DE NINGUNA EPS | SURA | PORVENIR | PUNTA SECA | COVEÑAS | 3012738202 | 24 | MASCULINO |
| | 27 | ROMULO EDUARDO PALMERA APARICIO | 11000373 | MAESTRO | 21-08-2024 | | NINGUNA EPS | SURA | PORVENIR | MANZANA 122 LOT 5 | MONTERIA | 3013132810 | 47 | MASCULINO |
| | 28 | DIEGO ALEJANDRO BARRERA UPARELA | 15725762 | OFICIAL | 16-08-2024 | | SALUD TOTAL | SURA | PORVENIR | C 10 #15-36 | CHINÚ | 3002315008 | 42 | MASCULINO |
| | 29 | JAIDER CHAMORRO ESTRADA | 92640310 | OFICIAL | 16-08-2024 | | SALUD TOTAL | SURA | PORVENIR | TIERRA PROMETIDA | SINCELEJO | 3244456314 | 41 | MASCULINO |
| | 30 | ALVARO ANDRES MANJARREZ OVIDIO | 1116615548 | BODEGURO | 21-08-2024 | | FAMILIAR DE COLOMBIA | SURA | PORVENIR | CRA 26 #3-26 | COVEÑAS | 3146848668 | 28 | MASCULINO |
| | 31 | ALEXANDER VERGARA GALLEGO | 1131108085 | AYUDANTE | 22-08-2024 | | FOSYGA | SURA | PORVENIR | EL TIGRE | COVEÑAS | PENDIENTE | 33 | MASCULINO |
| | 32 | WILLIAM JOSE DE AGUSTIN HERNANDEZ | 1067400596 | AYUDANTE | 17-08-2024 | | FAMILIAR DE COLOMBIA | SURA | NINGUNA AFP | REPARO | COVEÑAS | 3117085152 | 39 | MASCULINO |
| | 33 | JESUS ALBERTO TARRA CORDOBA | 1131108265 | AYUDANTE | 22-08-2024 | | NINGUNA EPS | SURA | COLFONDOS | ASERRRADERO EL TIGRE | COVEÑAS | 3243134424 | 30 | MASCULINO |
| | 34 | DANIEL DAVID MONTERROZA GONZALEZ | 1129504510 | AYUDANTE | 17-08-2024 | | CAJACOPI | SURA | PORVENIR | PUNTA SECA | COVEÑAS | 3235382881 | 20 | MASCULINO |
| | 35 | EDER LUIS RINCO SUAREZ | 1005708714 | AYUDANTE | 25-08-2024 | | FAMILIAR DE COLOMBIA | SURA | PORVENIR | GUAYABAL | COVEÑAS | 3113795231 | 24 | MASCULINO |
| | 36 | FAIDER ELIAS VARGAS LADEUS | 1003655340 | OFICIAL | 05-09-2024 | | ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA | SURA | PORVENIR | PORVENIR | COVEÑAS | 3046314487 | 25 | MASCULINO |
| | 37 | CRISTIAN DAVID MALARRIAGA LADEUS | 1072522613 | AYUDANTE | 25-08-2024 | | ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA | SURA | PORVENIR | PORVENIR | COVEÑAS | 3143593906 | 24 | MASCULINO |
| | 38 | JUAN CARLOS INSIGNARES GLORIA | 1131110865 | AYUDANTE | 21-08-2024 | | COOSALUD | SURA | PORVENIR | PUNTA SECA | COVEÑAS | 3242431733 | 28 | MASCULINO |
| | 39 | YOVANNY TOUS PEÑATA | 15619367 | AYUDANTE | 03-09-2024 | | FAMILIAR DE COLOMBIA | SURA | COLFONDOS | PUNTA SECA | COVEÑAS | 3186748733 | 48 | MASCULINO |

**PERIODO: SEPTIEMBRE**

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 40 | LUIS ALFONSO MENDOZA MARTINEZ | 1005708736 | AYUDANTE | 22-08-2024 | | SALUD TOTAL | SURA | PORVENIR | REPARO | COVEÑAS | 3242329369 | 26 | MASCULINO |
| 41 | KEVIN DAVID SIERRA ZUÑIGA | 1131104278 | AYUDANTE | 21-08-2024 | | CAJACOPI | SURA | PORVENIR | PUNTA SECA | COVEÑAS | 3243053836 | 21 | MASCULINO |
| 42 | PEDRO JAFET MARQUEZ PEREGRINO | 1131107808 | AYUDANTE | 21-08-2024 | | FOSYGA-NUEVAEPS REG MOVILIDAD | SURA | PORVENIR | GUAYABAL | COVEÑAS | 3017888922 | 32 | MASCULINO |
| 43 | CARLOS MARIO SIERRA BELLO | 1131106681 | AYUDANTE | 29-08-2024 | | NUEVA EPS S.A. | SURA | PORVENIR | PARCELAS ALGARROBO | COVEÑAS | 3205609487 | 34 | MASCULINO |
| 44 | JUAN DAVID CORREA HERNANDEZ | 1192777765 | AYUDANTE | 27-08-2024 | | SALUD TOTAL | SURA | PROTECCION | CALLE 9 CRA 16 | COVEÑAS | 3003828673 | 23 | MASCULINO |
| 45 | DANIEL DARIO PALOMINO ALVAREZ | 78030594 | OFICIAL | 17-08-2024 | | SALUD TOTAL | SURA | NINGUNA AFP | EL FARO 1 | MONTERIA | 3126329462 | 46 | MASCULINO |
| 46 | LUIS ENRIQUE LADEUTH SUAREZ | 1131108805 | AYUDANTE | 21-08-2024 | | NINGUNA EPS | SURA | PORVENIR | LAS PARCELAS | COVEÑAS | 3003352203 | 30 | MASCULINO |
| 47 | KENER GONZALEZ BANQUET | 1007245339 | AYUDANTE | 29-08-2024 | | FOSYGA-NUEVAEPS REG MOVILIDAD | SURA | PROTECCION | PARCELAS DE ALGARROBO | COVEÑAS | 3216738752 | 24 | MASCULINO |
| 48 | HELIODORO PRADA REGINO | 78717284 | MAESTRO | 17-08-2024 | | NINGUNA EPS | SURA | PORVENIR | EL FARO CL 101 CRA 96 | MONTERIA | 3225054927 | 54 | MASCULINO |
| 49 | JOSE ANTONIO HERNANDEZ GONZALEZ | 8741258 | MAESTRO | 17-08-2024 | | ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA | SURA | PORVENIR | MANZANA C4-53B | MONTERIA | 3215785776 | 60 | MASCULINO |
| 50 | TANIA DAYANA YENERIS PADILLA | 1131107171 | ING AMBIENTAL | 11-07-2024 | | SANITAS EPS - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD | SURA | PORVENIR | ALICANTE | COVEÑAS | 3165679632 | 33 | FEMENINO |
| 51 | OSCAR MIGUEL CAUSIL GALVAN | 1073809586 | AYUDANTE | 29-08-2024 | | EPS FAMISANAR LTDA | SURA | PROTECCION | GUAYABAL | COVEÑAS | 3146512112 | 32 | MASCULINO |
| 52 | JULIAN FRANCISCO BARRIOS CORTINA | 92230393 | PLOMERO | 04-09-2024 | | NUEVA EPS S.A. | SURA | PORVENIR | GUAYABAL | COVEÑAS | 3163145342 | 45 | MASCULINO |
| 53 | ELIECER CONEO MARQUEZ | 1131104488 | PLOMERO | 04-09-2024 | | EPS FAMILIAR DE COLOMBIA | SURA | COLPENSIONES | PARCELAS ALGARROBO | COVEÑAS | 3154620585 | 38 | MASCULINO |
| 54 | ANDRES FELIPE ESPAÑA PINZON | 1010092215 | AYUDANTE | 14-08-2024 | | EPS FAMILIAR DE COLOMBIA | SURA | PORVENIR | PUNTA SECA | COVEÑAS | 3017931340 | 26 | MASCULINO |
| 55 | JORGE ELIECER GARZON LOPEZ | 15682314 | PLOMERO | 04-09-2024 | | CAJACOPI ATLANTICO - CCF | SURA | PORVENIR | JOOVAL | COVEÑAS | 3128075143 | 52 | MASCULINO |
| 56 | STEPHANNY GARAY SALGAOD | 1131104122 | AUXILIAR SST | 22-06-2024 | | NUEVA EPS | SURA | PROTECCION | CALLE 5 1-5 GUAYABAL | COVEÑAS | 3154896049 | 21 | FEMENINO |
| 57 | ADALBERTO DANIEL GOMEZ HERNANDEZ | 11154441 | OFICIAL | 27-08-2024 | | ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA | SURA | PORVENIR | MONTERIA | MONTERIA | PENDIENTE | PENDIENTE | MASCULINO |
| 58 | ALBERTO ENRIQUE JARABA SUAREZ | 1007245223 | AYUDANTE | 21-08-2024 | | FOSYGA-NUEVAEPS REG MOVILIDAD | SURA | PORVENIR | PUNTA SECA | COVEÑAS | PENDIENTE | 23 | MASCULINO |
| 59 | CARLOS ALBERTO FALS ARROYO | 1047393966 | RESIDENTE ADMINISTRATIVO | 22-06-2024 | | ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA | SURA | PORVENIR | MONTERIA | MONTERIA | PENDIENTE | PENDIENTE | MASCULINO |
| 60 | CARLOS ENRIQUE SARMIENTO TORRES | 78700868 | OFICIAL DE OBRA | 05-09-2024 | | EMPRESA SOLIDARIA SALUD EPS | SURA | COLPENSIONES | MONTERIA | MONTERIA | PENDIENTE | PENDIENTE | MASCULINO |
| 61 | CARLOS EUGENIO BLANQUICET RIVERA | 1104867738 | AYUDANTE DE OBRA | 27-08-2024 | | CAJACOPI ATLANTICO - CCF | SURA | PORVENIR | COVEÑAS | COVEÑAS | PENDIENTE | PENDIENTE | MASCULINO |
| 62 | DIANA MARIA MURILLO MORENO | 50988098 | AYUDANTE DE OBRA | 27-08-2024 | | NINGUNA EPS | SURA | NINGUNA AFP | COVEÑAS | COVEÑAS | PENDIENTE | PENDIENTE | FEMENINO |
| 63 | DINEY PAMELA OSPINO JIMENEZ | 1067920553 | DIRECTORA DE OBRA | 22-06-2024 | | SANITAS EPS - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD | SURA | COLFONDOS | MONTERIA | MONTERIA | 3007481091 | 33 | FEMENINO |
| 64 | ENOC DIAZ ACOSTA | 72215503 | OFICIAL DE OBRA | 14-08-2024 | | NUEVA EPS S.A. | SURA | PROTECCION | BARRANQUILLA | BARRANQUILLA | PENDIENTE | PENDIENTE | MASCULINO |
| 65 | EUCLIDES MANUEL MONTERROSA LOPEZ | 92496761 | MAESTRO DE OBRA | 22-06-2024 | | SANITAS EPS - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD | SURA | NINGUNA AFP | MONTERIA | MONTERIA | PENDIENTE | PENDIENTE | MASCULINO |
| 66 | HELMUTH TOUS PEÑATA | 73231900 | AYUDANTE DE OBRA | 01-09-2024 | | COOSALUD E.S.S. COOP.SALUD Y DLLO INT. | SURA | PORVENIR | COVEÑAS | COVEÑAS | PENDIENTE | PENDIENTE | MASCULINO |
| 67 | HEYNER ALFONSO MONSALVO CASTRO | 85083707 | AYUDANTE DE OBRA | 29-08-2024 | | EPS FAMILIAR DE COLOMBIA | SURA | COLFONDOS | COVEÑAS | COVEÑAS | PENDIENTE | PENDIENTE | MASCULINO |
| 68 | HOVER LUIS HERRERA TIRADO | 78704837 | PLOMERO | 06-09-2024 | | ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA | SURA | PORVENIR | MONTERIA | MONTERIA | 3207071274 | 55 | MASCULINO |
| 69 | IVAN DARIO SALGADO CRUZ | 1067855135 | OPERADOR MINI | 01-08-2024 | | NUEVA EPS S.A. | SURA | PORVENIR | MONTERIA | MONTERIA | PENDIENTE | 36 | MASCULINO |
| 70 | JAIRO DE JESUS RODRIGUEZ RAMOS | 18857561 | AYUDANTE DE OBRA | 27-08-2024 | | NUEVA EPS S.A. | SURA | PORVENIR | COVEÑAS | COVEÑAS | PENDIENTE | PENDIENTE | MASCULINO |
| 71 | JAVIER ANDRES BARRETO DIAZ | 1007663238 | AYUDANTE DE OBRA | 29-08-2024 | | NUEVA EPS S.A. | SURA | PORVENIR | COVEÑAS | COVEÑAS | PENDIENTE | PENDIENTE | MASCULINO |
| 72 | JESUS ANDRES YANEZ CORONADO | 1131105153 | AYUDANTE DE OBRA | 29-08-2024 | | FOSYGA-NUEVAEPS REG MOVILIDAD | SURA | NINGUNA AFP | COVEÑAS | COVEÑAS | PENDIENTE | PENDIENTE | MASCULINO |
| 73 | JOHAN SEBASTIAN ZUÑIGA LOPEZ | 1131104030 | AYUDANTE DE OBRA | 27-08-2024 | | EPS COOSALUD MOVILIDAD | SURA | PORVENIR | COVEÑAS | COVEÑAS | PENDIENTE | PENDIENTE | MASCULINO |
| 74 | JOHANNA KARINA FUENTES PEÑA | 50909828 | DIRECTORA DE OBRA | 15-06-2024 | | SURA EPS | SURA | COLFONDOS | MONTERIA | MONTERIA | PENDIENTE | PENDIENTE | FEMENINO |
| 75 | JOHNNY LUIS DORIA MOLINA | 15034491 | AYUDANTE DE OBRA | 29-08-2024 | | NUEVA EPS S.A. | SURA | PORVENIR | COVEÑAS | COVEÑAS | PENDIENTE | PENDIENTE | MASCULINO |
| 76 | JORGE ENRIQUE CRUZ BENNEDETTI | 9074773 | TECNICO ESTRUCTURAL | 22-06-2024 | | SANITAS EPS - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS | SURA | NINGUNA AFP | MONTERIA | MONTERIA | PENDIENTE | PENDIENTE | MASCULINO |
| 77 | JUAN CARLOS CORREA SEÑA | 11033215 | AYUDANTE DE PLOMERIA | 27-08-2024 | | CAJACOPI ATLANTICO - CCF | SURA | PORVENIR | COVEÑAS | COVEÑAS | PENDIENTE | PENDIENTE | MASCULINO |
| 78 | JUAN FERNANDO BRAVO GOMEZ | 1003655506 | AYUDANTE DE OBRA | 21-08-2024 | | FOSYGA-NUEVAEPS REG MOVILIDAD | SURA | PORVENIR | COVEÑAS | COVEÑAS | PENDIENTE | PENDIENTE | MASCULINO |
| 79 | KAROLAY CARABALLO REYES | 1069496540 | TRABAJADOR SOCIAL | 25-06-2024 | | FOSYGA-NUEVAEPS REG MOVILIDAD | SURA | PORVENIR | MONTERIA | MONTERIA | 3142602320 | 30 | FEMENINO |
| 80 | KEVIN FUENTES JULIO | 1072529244 | AYUDANTE DE OBRA | 29-08-2024 | | SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD | SURA | PROTECCION | COVEÑAS | COVEÑAS | PENDIENTE | PENDIENTE | MASCULINO |
| 81 | LUIS EDUARDO SALGADO PADILLA | 1067280132 | PROF SEGURIDAD INDUSTRIAL | 22-06-2024 | | SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD | SURA | PORVENIR | MONTERIA | MONTERIA | 3107231289 | 38 | MASCULINO |
| 82 | MIGUEL ANGEL RAMOS ALVAREZ | 1131104839 | AYUDANTE DE OBRA | 14-08-2024 | | EPS FAMILIAR DE COLOMBIA | SURA | PORVENIR | COVEÑAS | COVEÑAS | PENDIENTE | PENDIENTE | MASCULINO |
| 83 | NAYALIBE ELJACH MANJARREZ | 1067943743 | AUXILIAR DE ARQUITECTURA | 29-06-2024 | | NUEVA EPS S.A. | SURA | PROTECCION | MONTERIA | MONTERIA | PENDIENTE | PENDIENTE | FEMENINO |
| 84 | OSCAR ANTONIO RAMOS BEDOYA | 78034012 | ING CIVIL | 17-08-2024 | | SANITAS EPS - ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS | SURA | PORVENIR | MONTERIA | MONTERIA | PENDIENTE | PENDIENTE | MASCULINO |
| 85 | TOMAS ZUÑIGA ARTEAGA | 1131108815 | AYUDANTE DE OBRA | 29-08-2024 | | FOSYGA-NUEVAEPS REG MOVILIDAD | SURA | PORVENIR | COVEÑAS | COVEÑAS | PENDIENTE | PENDIENTE | MASCULINO |
| 86 | TOMAS SEGUNDO CUAVAS ESQUIVEL | 92229788 | CELADOR | 04-07-2024 | | EPS COOSALUD MOVILIDAD | SURA | PORVENIR | COVEÑAS | COVEÑAS | PENDIENTE | PENDIENTE | MASCULINO |
| 87 | WUADTIH ANTONIO MIRANDA CORTES | 1151188615 | OFICIAL DE OBRA | 16-08-2024 | | EPS FAMILIAR DE COLOMBIA | SURA | PORVENIR | SINCELEJO | SINCELEJO | PENDIENTE | PENDIENTE | MASCULINO |
| 88 | ROBERTO ANTONIO AGAMEZ JIMENEZ | 1003655736 | AYUDANTE DE OBRA | 16-08-2024 | | EPS FAMILIAR DE COLOMBIA | SURA | PROTECCION | COVEÑAS | COVEÑAS | PENDIENTE | PENDIENTE | MASCULINO |

| CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE | PERFIL SOCIODEMOGRAFICO - CONTROL DE PERSONAL | PAG 2 DE 2 |
|---|---|---|
| | | COD SST F048 |
| | | VERSION 1 |
| PROYECTO | CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE | |
| FECHA DE ACTUALIZADO | 30 DE SEPTIEMBRE | |

| MES ACTUALIZACION | N° | NIVEL DE ESCOLARIDAD | NÚMERO DE PERSONAS A CARGO | USO DEL TIEMPO LIBRE | PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.) | ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA | ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL | TIPO DE CONTRATACIÓN | LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD | CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS (SI/NO) | PRACTICA ALGUN DEPORTE (SI/NO) | FUMA (SI/NO) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SEPTIEMBRE | 1 | BACHILLERATO | 4 | NINGUNO | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 1 AÑO | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | SI | SI |
| | 2 | TECNICO | NO | RECREACIÓN Y DEPORTE | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 4 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | SI | NO |
| | 3 | BACHILLERATO | 1 | NINGUNO | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 7 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | NO | NO |
| | 4 | PRIMARIA | 2 | RECREACIÓN Y DEPORTE | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 5 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | NO | SI | NO |
| | 5 | BACHILLERATO | 3 | RECREACIÓN Y DEPORTE | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 6 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | SI | NO |
| | 6 | BACHILLERATO | 2 | NINGUNO | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 30 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | NO | SI | NO |
| | 7 | BACHILLERATO | 4 | LABORES DOMESTICA | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 2 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | SI | NO |
| | 8 | BACHILLERATO | | NINGUNO | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 10 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | NO | NO |
| | 9 | BACHILLERATO | 3 | NINGUNO | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 5 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | NO | NO | NO |
| | 10 | BACHILLERATO | 1 | NINGUNO | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 17 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | SI | NO |
| | 11 | PRIMARIA | 2 | RECREACIÓN Y DEPORTE | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 15 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | SI | NO |
| | 12 | UNIVERSITARIO | 2 | RECREACIÓN Y DEPORTE | ENTRE 1 Y 3 SML | MENOS DE 1 AÑO | 2 MESES | PRESTACIÓN DE SERVICIO | SI | NO | NO | NO |
| | 13 | BACHILLERATO | 2 | RECREACIÓN Y DEPORTE | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 8 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | SI | NO |
| | 14 | TECNICO | NO | ESTUDIO | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 3 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | NO | SI | NO |
| | 15 | BACHILLERATO | 3 | NINGUNO | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 8 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | NO | SI |
| | 16 | BACHILLERATO | 3 | NINGUNO | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 4 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | SI | NO |
| | 17 | BACHILLERATO | 2 | NINGUNO | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 9 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | NO | SI | NO |
| | 18 | BACHILLERATO | 3 | NINGUNO | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 32 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | NO | NO |
| | 19 | UNIVERSITARIO | 0 | NINGUNO | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 9 MESES | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | NO | SI | NO |
| | 20 | BACHILLERATO | 2 | NINGUNO | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 2 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | NO | NO | NO |
| | 21 | PRIMARIA | 3 | NINGUNO | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 30 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | NO | NO |
| | 22 | BACHILLERATO | 5 | RECREACIÓN Y DEPORTE | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 31 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | SI | NO |
| | 23 | BACHILLERATO | 4 | RECREACIÓN Y DEPORTE | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 3 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | SI | NO |
| | 24 | BACHILLERATO | 1 | RECREACIÓN Y DEPORTE | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 1 AÑO | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | SI | NO |
| | 25 | BACHILLERATO | 3 | NINGUNO | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 17 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | NO | NO |
| | 26 | BACHILLERATO | 5 | NINGUNO | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 7 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | NO | NO |
| | 27 | BACHILLERATO | 2 | RECREACIÓN Y DEPORTE | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 12 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | NO | SI | NO |
| | 28 | POSTGRADO | 3 | LABORES DOMESTICA | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 5 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | NO | NO |
| | 29 | PRIMARIA | 4 | OTRO TRABAJO | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 16 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | NO | NO |
| | 30 | TECNICO | 3 | NINGUNO | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 1 AÑO | PRESTACIÓN DE SERVICIO | SI | NO | SI | NO |
| | 31 | BACHILLERATO | 3 | NINGUNO | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 12 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | NO | SI | NO |
| | 32 | BACHILLERATO | 4 | NINGUNO | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 10 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | NO | SI | NO |
| | 33 | TECNICO | 2 | RECREACIÓN Y DEPORTE | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 8 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | NO | SI | NO |
| | 34 | BACHILLERATO | 1 | NINGUNO | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 5 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | NO | NO |
| | 35 | BACHILLERATO | 0 | RECREACIÓN Y DEPORTE | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 11 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | SI | NO |
| | 36 | BACHILLERATO | 2 | NINGUNO | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 4 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | NO | SI |
| | 37 | BACHILLERATO | 3 | RECREACIÓN Y DEPORTE | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 8 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | SI | NO |
| | 38 | BACHILLERATO | 1 | NINGUNO | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 10 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | NO | NO | NO |
| | 39 | BACHILLERATO | 5 | NINGUNO | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 1 AÑO | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | NO | NO | NO |
| | 40 | BACHILLERATO | 2 | OTRO TRABAJO | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 4 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | NO | NO |
| | 41 | BACHILLERATO | 2 | RECREACIÓN Y DEPORTE | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 8 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | NO | SI | NO |
| | 42 | BACHILLERATO | 4 | RECREACIÓN Y DEPORTE | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 10 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | NO | SI | NO |
| | 43 | BACHILLERATO | 3 | NINGUNO | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 20 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | SI | SI | NO | NO |
| | 44 | TECNICO | 3 | NINGUNO | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 6 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | NO | NO | NO |
| | 45 | BACHILLERATO | 6 | RECREACIÓN Y DEPORTE | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 30 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | SI | NO |

PERIODO:

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46 | BACHILLERATO | 5 | RECREACIÓN Y DEPORTE | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 12 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | SI | NO |
| 47 | BACHILLERATO | 1 | NINGUNO | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 14 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | SI | NO |
| 48 | PRIMARIA | 3 | RECREACIÓN Y DEPORTE | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 25 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | NO | NO |
| 49 | BACHILLERATO | 1 | RECREACIÓN Y DEPORTE | ENTRE 1 Y 3 SML | MENOS DE 1 AÑO | 35 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | SI | SI | SI | NO |
| 50 | UNIVERSITARIO | 1 | LABORES DOMESTICA | ENTRE 1 Y 3 SML | MENOS DE 1 AÑO | 6 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | NO | SI | NO |
| 51 | PRIMARIA | 3 | NINGUNO | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 10 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | NO | SI | SI |
| 52 | BACHILLERATO | 1 | RECREACIÓN Y DEPORTE | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 25 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | NO | SI | SI |
| 53 | PRIMARIA | 2 | NINGUNO | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 15 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | NO | SI |
| 54 | BACHILLERATO | 2 | RECREACIÓN Y DEPORTE | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 2 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | SI | NO |
| 55 | PRIMARIA | 1 | NINGUNO | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 30 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | NO | NO | NO |
| 56 | TECNOLOGO | 1 | RECREACIÓN Y DEPORTE | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 1 AÑO | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | SI | NO |
| 57 | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE |
| 58 | BACHILLERATO | 3 | NINGUNO | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 5 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | NO | NO |
| 59 | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE |
| 60 | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE |
| 61 | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE |
| 62 | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE |
| 63 | UNIVERSITARIO | 3 | RECREACIÓN Y DEPORTE | ENTRE 1 Y 3 SML | MENOS DE 1 AÑO | 10 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | SI | NO |
| 64 | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE |
| 65 | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE |
| 66 | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE |
| 67 | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE |
| 68 | TECNICO | MAS DE 6 | RECREACIÓN Y DEPORTE | ENTRE 1 Y 3 SML | MENOS DE 1 AÑO | 32 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | SI | NO |
| 69 | BACHILLERATO | 3 | NINGUNO | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 12 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | NO | NO |
| 70 | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE |
| 71 | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE |
| 72 | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE |
| 73 | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE |
| 74 | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE |
| 75 | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE |
| 76 | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE |
| 77 | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE |
| 78 | BACHILLERATO | 0 | RECREACIÓN Y DEPORTE | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 5 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | SI | NO |
| 79 | UNIVERSITARIO | 1 | OTRO TRABAJO | SALARIO MINIMO | MENOS DE 1 AÑO | 2 AÑOS | PRESTACIÓN DE SERVICIO | NO | SI | NO | NO |
| 80 | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE |
| 81 | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE |
| 82 | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE |
| 83 | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE |
| 84 | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE |
| 85 | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE |
| 86 | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE |
| 87 | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE |
| 88 | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE |

| 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 | Pedro Fernandez Benavides. |
| Cargo | Ofaal |
| Vereda o corregimiento | |
| MUNICIPIO | Coveñas |
| DIRECCION | Pueblo nuevo. |

FECHA 20/09/2024

Encierra 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. Minimo Legal (S.M.L.)
(b) Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 5 S.M.L.
d. Entre 5 y 6 S.M.L.
e. Mas de 7 S.M.L.

**9. 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

**16. 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<br>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 | Leonardo Fabio Rivera Garrido |
| Cargo | Oficial |
| Vereda o corregimiento | |
| MUNICIPIO | Coveñas |
| DIRECCION | Bellavista |

FECHA 10/04/2024

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 ___7___

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

| 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 | Jean Carlos Cardenas. Bohorquez. |
| Cargo | Ayudante. |
| Vereda o corregimiento | |
| MUNICIPIO | Coveñas |
| DIRECCIÓN | Punta Seca. |

FECHA 24/08/24.

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
X Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista / Maestro

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

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

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

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

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

**11. TIPO DE CONTRATACIÓN**

a. Obra /labor
b. Indefinido
X 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
X Ninguna

**13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD**
a. SI
X b. No
CÚAL: _____

**14. FUMA**
a. SI
b. No
Promedio diario _____

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

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

**17-CONSENTIMIENTO INFORMADO**
a. No
X SI

X Jean C. 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 | Daniel David Monterroza Gonzales |
| Cargo | obrero |
| Vereda o corregimiento | Punta Seca |
| MUNICIPIO | Coveñas |
| DIRECCION | Punta |

FECHA 12/07/24

Encierre en un circulo:

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

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

**3. GÉNERO**
X Masculino
b. Femenino

**4. NÚMERO DE PERSONAS A CARGO**
X Ninguna
b. 1 - 3 personas
c. 4 - 6 personas
d. Más de 6 personas

**5. NIVEL DE ESCOLARIDAD**
a. Primaria
X Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitario
e. Especialista / Maestro

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

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

**8. PROMEDIO DE INGRESOS (S.M.L.)**
X 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**
X Menos de 1 año
b. De 1 a 5 años
c. De 5 a 10 años
d. De 10 a 15 años
e. Más de 15 años

**10. ANTIGÜEDAD EN EL CARGO ACTUAL**
X 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
X 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
X Ninguna

**13. LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA ENFERMEDAD**
a. Si
X No
CÚAL: _____

**14. FUMA**
a. Si
X No
Promedio diario _____

**15. CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS**
X No
b. SI
Semanal _____
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional _____

**16. PRACTICA ALGUN DEPORTE**
X No
b. SI
Diario _____
Semanal _____
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

**17. CONSENTIMIENTO INFORMADO**
a. No
X b. SI

Daniel Monterroza.
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<br>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 | Kevin Fuentes |
| Cargo | Ayudante |
| Vereda o corregimiento | |
| MUNICIPIO | Coveñas |
| DIRECCION | Guayabal |

FECHA 02/08/2024.

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. NUMERO 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 X
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

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

F. Y. 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 | Juan David Correa |
| Cargo | Ayudante |
| Vereda o corregimiento | |
| MUNICIPIO | Coveñas |
| DIRECCION | Isla Gallinazo |

FECHA 26/08/24.

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 _____
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

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

X Juan Correa 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 | Luis Eduardo Sepúlveda. |
| Cargo | Ayudante. |
| Vereda o corregimiento | |
| MUNICIPIO | Coveñas |
| DIRECCION | La victoria. |

FECHA 02/09/2024.

Enclerre 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 daporte
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 X
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

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

Luis Sepulveda
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 | Pedro Marque Pelegrino. |
| Cargo | Ayudante |
| Vereda o corregimiento | |
| MUNICIPIO | Coveñas |
| DIRECCION | Guayabal |

FECHA 20 Sept 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 _____

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

X Pedro Marquez P.
Nombre 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 sé 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 | Faider Elias Vargas Ladeus. |
| Cargo | Oficial |
| Vereda o corregimiento | |
| MUNICIPIO | Provenir |
| DIRECCION | Provenir. |

FECHA 20/Sep/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

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.

| CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE | PERFIL SOCIODEMOGRAFICO | SST-F025<br>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 | Luis Enrique Ladeuth Saez. |
| Cargo | Ayudante |
| Vereda o corregimiento | |
| MUNICIPIO | Coveñas |
| DIRECCION | las parcelas. |

FECHA 20/Sep/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) Recreación 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

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<br>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 | Willem De Agustin Hernandez |
| Cargo | Ayudante |
| Vereda o corregimiento | |
| MUNICIPIO | Coveñas |
| DIRECCION | Reparo. |

FECHA 25 | Sep | 2024

Enciérre 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 _____
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional X

**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<br>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 | Diego Alejandro Barrera Ospino. |
| Cargo | Civil. |
| Vereda o corregimiento | |
| MUNICIPIO | Sincelejo |
| DIRECCION | Sincelejo |

FECHA 25/04/2024.

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. Soltaro (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 _____
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<br>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 | Ever Antonio Fuentes Arcia. |
| Cargo | Oficial |
| Vereda o corregimiento | |
| MUNICIPIO | Coveñas / Sincelejo |
| DIRECCION | Uribe Uribe |

FECHA 25/09/2024.

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: _____

**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 Ever Fuentes A.
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<br>VERSIÓN 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 | Jaider José Chamorro Estrada |
| Cargo | Oficial |
| Vereda o corregimiento | |
| MUNICIPIO | Sincelejo |
| DIRECCION | Tierra Prometida |

FECHA 25/09/2024

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. 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 1

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

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

Jaider CH 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 | Victor José Cruz Palomino. |
| Cargo | Residente |
| Vereda o corregimiento | |
| MUNICIPIO | Coveñas |
| DIRECCION | Carrera 25 calle 8. |

FECHA 09/09/2024.

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
CUAL: Hipertensión Controlada

**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

x. _____ Firma trabajador

Ley 1581 de 2012, de protección de datos personales, es una ley que contundentemente 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 | SSI-FU25 |
|---|---|---|
| | | 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 | Julián Barrios Cortina |
| Cargo | Ayudante |
| Vereda o corregimiento | |
| MUNICIPIO | Coveñas |
| DIRECCION | Grupobal. |

FECHA 25/sept/2014

Encierra 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
CUAL: _____

**14. FUMA**
(a) SI
b. No
Promedio diario 1 x dia

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

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

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

x Julian Barrios
Firma trabajador

Ley 1581 de 2012, de protección de datos personales, es una ley que cumplimenta 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<br>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 | Nuvo Andrés Manjarrez Avdio. |
| Carga | Bodeguero |
| Vereda o corregimiento | |
| MUNICIPIO | Coveñas |
| DIRECCION | Direccion. |

FECHA 20/Sep/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 _____
Quincenal _____
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.

| CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE | PERFIL SOCIODEMOGRAFICO | SSI-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 | Pedro Ortega Hernandez |
| Cargo | Auxiliante |
| Vereda o corregimiento | |
| MUNICIPIO | Coveñas |
| DIRECCION | El cemto |

FECHA 16/09/2024.

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 X
Mensual _____
Quincenal _____
Ocasional _____

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

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

X Pedro Ortega
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-F-025 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN 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 | Carlos Mario Sierra Bello. |
| Cargo | Ayudante |
| Vereda o corregimiento | |
| MUNICIPIO | Coveñas |
| DIRECCION | Parcelas. |

FECHA 20/Sept/2024

Encierre 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 más

**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) Recreación 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: Acido urico.

**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

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-For5 |
|---|---|---|
| | | 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 | Omer Herrera Tirado |
| Cargo | Plomero |
| Vereda o corregimiento | |
| MUNICIPIO | Montería. |
| DIRECCION | Finca Puerto Franco |

FECHA 20 Sep / 2024.

Encierra 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 X
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 se 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 | Iván Salgado Cruz. |
| Cargo | Maquinista. |
| Vereda o corregimiento | |
| MUNICIPIO | Montería. |
| DIRECCION | Manzana 20 lot 10. |

FECHA 20/sep/2024

Encierra 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 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
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

Ivan Salgado Cruz
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 |
|---|---|---|
| | | VERSIÓN 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 | Cristian Malamaga Ladeus. |
| Cargo | Ayudante |
| Vereda o corregimiento | |
| MUNICIPIO | Coveñas |
| DIRECCION | Porvenir |

FECHA 20/sep/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
CUAL: _____

**14. FUMA**
a. Sí
(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 X
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 | CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO PUO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE |
| Nombre | Julio Cogollo Hoyos |
| Cargo | Oficial |
| Vereda o corregimiento | |
| MUNICIPIO | Coveñas |
| DIRECCION | Floresta. |

FECHA 20/Sep/2024

Encierre 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)/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 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 X

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

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

Julio A Cogollo H.
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 | Oswaldo Urango Hernandez |
| Cargo | Oficial. |
| Vereda o corregimiento | |
| MUNICIPIO | Coveñas |
| DIRECCION | Torrente. |

FECHA 10 Sep/2024

Encierra 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 X

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

**17-CONSENTIMIENTO INFORMADO**
a. No
b. SI

X 08w0160 Firma trabajador

Ley 1581 de 2012. de protección de datos personales, es esta ley que sólamente esta 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 | 551-025<br>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 | Eduardo Arrieta Paternina. |
| Cargo | Ayudante. |
| Vereda o corregimiento | |
| MUNICIPIO | Coveñas |
| DIRECCION | Bellavista. |

FECHA 20/Sept/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 - 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. 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) Exámanes ocupacionales
d. Exámenes periódicos
e. Spa (Relajación)
(f) Capacitaciones en Salud Ocupacional
g. Ninguna

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

**14. FUMA**
(a) Sí
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 _____ 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 | Iván Danilo Pona |
| Cargo | Ayudante |
| Vereda o corregimiento | |
| MUNICIPIO | Coveñas |
| DIRECCION | Bellavista |

FECHA 20/sep/2024.

Encierra 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) Ninguno
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. 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

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.

| 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 | IVAN Lopez Torres |
| Cargo | OBRERO |
| Vereda o corregimiento | |
| MUNICIPIO | SAN Antero |
| DIRECCION | Urbanisacion Petare |

FECHA 20 Sept 2024.

Enciera 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. Mas 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. Comparticia 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. Minimo Legal (S.M.L.)
b. Entre 1 a 3 S.M.L.
c. Entre 4 a 6 S.M.L.
d. Entre 6 y 8 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

IVAN Lopez Torres
Firma del trabajador

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

| CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE | PERFIL SOCIODEMOGRAFICO | SST-F025<br>VERSIÓN 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 | Yovany Tous Peñata |
| Cargo | Ayudante |
| Vereda o corregimiento | |
| MUNICIPIO | Coveñas |
| DIRECCION | Punta seca. |

FECHA 20/Sept/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
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

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.

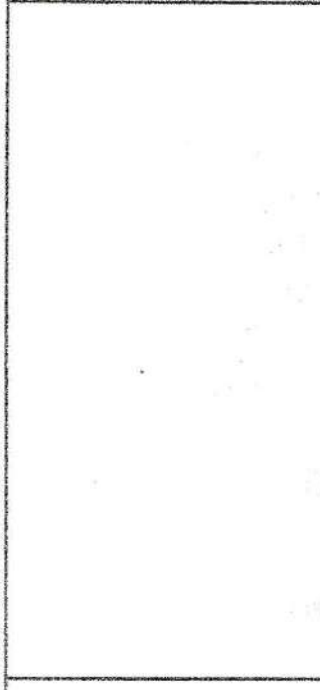
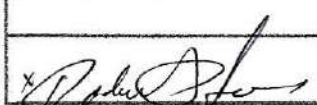
# Anexo 11. Cuestionario de morbilidad

| 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 | 20/09/2024. | | | CEDULA | 73432693 | | |
| NOMBRE | Pedro Fernander Bravideg. | | | | | | |
| CARGO | Oficial. | | | | | | |
| SEXO | F | M ✓ | ESTATURA | 1,73. | # HIJOS | 4. | |
| EDAD | 42 | PESO 84. | USA GAFAS | SI | NO ✓ | | |
| TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL | | 19 años | | | | | |
| CIUDAD | Coveñas. | DIRECCIÓN | | | | | |
| BARRIO | Pueblo nuevo. | 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. | | | |
| | | | |
|  | | | |

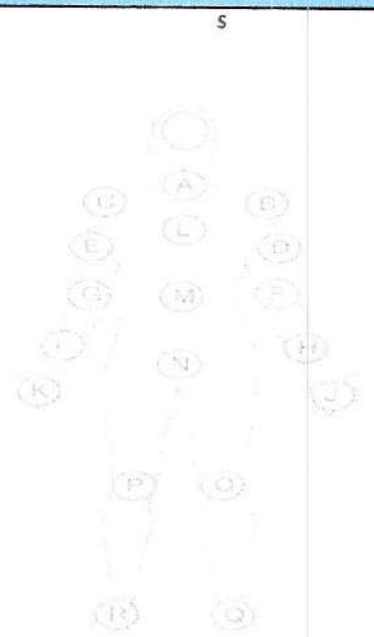
FIRMA TRABAJADOR

| 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 | 10/09/2024 | | | CEDULA | 1562096. | | | |
| NOMBRE | Leonardo Fabio Rivera Garrido. | | | | | | | |
| CARGO | Oficial | | | | | | | |
| SEXO | F | | M ✓ | ESTATURA | 1,70. | # HIJOS | 5. | |
| EDAD | 44. | | | PESO 67 | USA GAFAS | SI | NO ✓ | |
| TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL | | | | 14 años | | | | |
| CIUDAD | Coveñas | | | DIRECCIÓN | | | | |
| BARRIO | Balbuista. | | | 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. | | | |
| | | | |
| f LEONARDO RIVERA | | | |

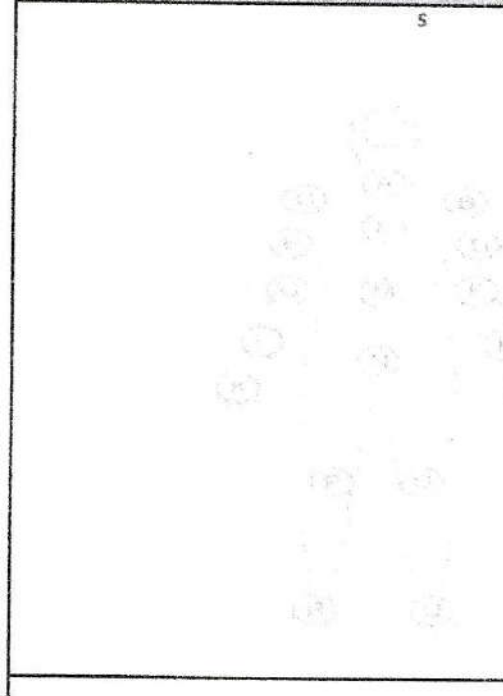
**FIRMA TRABAJADOR**

| 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 | 29/08/24. | | | CEDULA | 1007245363. | | |
| NOMBRE | Jean Carlos Barderas Bohorquez. | | | | | | |
| CARGO | Ayudante | | | | | | |
| SEXO | F | M ✓ | ESTATURA | 1.75. | # HIJOS | | |
| EDAD | 24. | | PESO 55 | USA GAFAS | SI | NO ✓ | |
| TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL | | | | | | | |
| CIUDAD | Coveñas. | | DIRECCIÓN | Punta Seca. | | | |
| 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. | | | ✓ |
| | | | |
| F. Jean C. | | | |

**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 | 12/07/24 | | | CEDULA | 1129504510 | | |
| NOMBRE | Daniel David Monterroza Gotales | | | | | | |
| CARGO | Habrero | | | | | | |
| SEXO | F | M X | ESTATURA | | # HIJOS | | |
| EDAD | 20 | | PESO | 65 | USA GAFAS | SI X | NO |
| TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL | | | | | | | |
| CIUDAD | Coveñas | | DIRECCIÓN | Punta Seca | | | |
| 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? | | X | |
| enfermedades de la sangre | | X | |
| Enfermedades cardiacas | | | |
| Enfermedades cerebrales como derrames, trombosis, epilepsia? | | X | |
| Artritis, osteoporosis, osteoartritis o gota (Inflamación o desgaste de una articulación) | | X | |
| Síndrome de túnel del carpo (Dolor, debilidad o entumecimiento de la mano y la muñeca, extendiéndose por todo el brazo) | | X | |
| Epicóndilitis (inflamación e irritación de la zona del centro del codo) | | X | |
| Síndrome manguito rotador o tendinitis de hombro (Dolor en la articulación del hombro) | | X | |
| Escoliosis o deformidades de columna (Desviación de la columna vertebral) | | X | |
| Lumbalgia (Dolor de espalda baja, en la zona lumbar) | | X | |
| Hernia discal (La hernia provoca dolor en la zona lumbar en las vértebras) | | X | |
| Diabetes (azúcar alta en la sangre)? | | X | |
| Enfermedades digestivas | | X | |
| Enfermedades de la piel | | X | |
| Alergias en piel o vías respiratorias? | | X | |
| Trastornos de audición? | | X | |
| otros | | X | |
| **Usted ha presentado alguno de estos rasgos característicos** | **SI** | **NO** | **EXPLIQUE** |
| Cansancio | | X | |
| Sobrepeso | | X | |
| Sedentarismo | | X | |
| deseos de fumar o fuma | | X | |
| Deseo de consumir sustancias alucinógenas | | X | |
| Deseos de ingerir bebidas alcohólicas | | X | |
| Síntomas de estrés | | X | |

| 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 | | 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 | I. 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 Daniel Monterroza Gonzales

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 | 02/08/2024. | | | CEDULA | 1072529244. | | |
| NOMBRE | Kevin Fuentes Julio. | | | | | | |
| CARGO | Ayudante. | | | | | | |
| SEXO | F | M ✓ | ESTATURA | 1'84 | # HIJOS | 2 | |
| EDAD | 30. | | PESO 100 | USA GAFAS | SI | NO ✓ | |
| TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL | | | 8 años | | | | |
| CIUDAD | Coveñas. | | DIRECCIÓN | Guayabal. | | | |
| BARRIO | Guayabal | | 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. | | | |
| | | | |
| x | | | |

**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 | 26/08/2024. | | | CEDULA | 1192777765. | | |
| NOMBRE | Juan David Correa | | | | | | |
| CARGO | Ayudante | | | | | | |
| SEXO | F | | M ✓ | ESTATURA | 1.73. | # HIJOS | 1 |
| EDAD | 23 | | | PESO 81. | USA GAFAS | SI | NO |
| TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL | | | | 6 años. | | | |
| CIUDAD | Coveñas | | | DIRECCIÓN | Coveñas | | |
| BARRIO | Isla Gallinaro | | | 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 Juan Correa | | | |

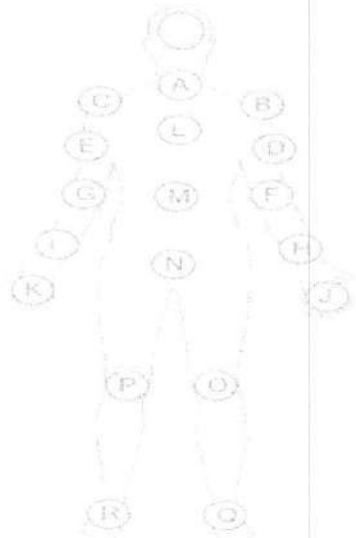
**FIRMA TRABAJADOR**

| 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 | 02/09/2024. | | | CEDULA | 1131096655. | | |
| NOMBRE | Luis Eduardo Sepúlveda. | | | | | | |
| CARGO | Ayudante. | | | | | | |
| SEXO | F | M ✓ | ESTATURA | 1,80. | # HIJOS | 1. | |
| EDAD | 29. | | PESO 81 | USA GAFAS | SI | ✓ NO | |
| TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL | | | 1mes. | | | | |
| CIUDAD | Coveñas. | | DIRECCIÓN | la victoria. | | | |
| BARRIO | la victoria. | | 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? | ✓ | | una semana |
| 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.

Jairs Septulveda

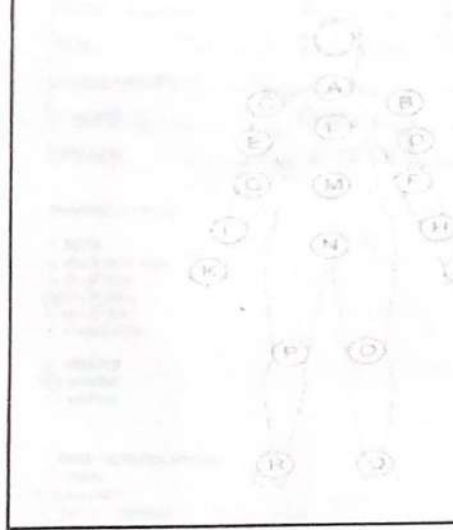
**FIRMA TRABAJADOR**

| 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 | 20/Sep/2024 | | | CEDULA | 1131078808. | | |
| NOMBRE | Pedro Jaret Marquez Pedeguino. | | | | | | |
| CARGO | Ayudante | | | | | | |
| SEXO | F | M ✓ | ESTATURA | 1.75. | # HIJOS | 3 | |
| EDAD | 32 | | PESO 86. | USA GAFAS | SI | NO ✓ | |
| TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL | | | 12 años | | | | |
| CIUDAD | Coveñas | | DIRECCIÓN | | | | |
| BARRIO | Guayabal | | 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. | | | |
| | | | |
| Pedro Marquez Peregrino | | | |

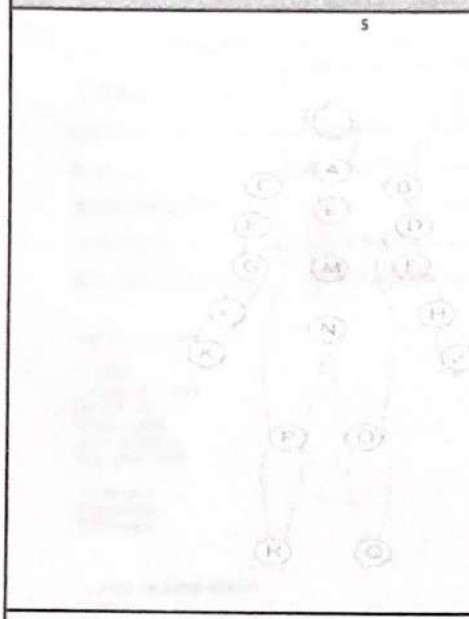
**FIRMA TRABAJADOR**

| 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 | 20/Sept/2024 | | | CEDULA | 1003655340 | | |
| NOMBRE | Faider Elias Vargas Ladeus. | | | | | | |
| CARGO | Ofaal | | | | | | |
| SEXO | F | M ✓ | ESTATURA | 1.61 | # HIJOS | 2 | |
| EDAD | 25. | | PESO | 70 | USA GAFAS | SI | NO ✓ |
| TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL | | | 4 años | | | | |
| CIUDAD | Porvenir | | DIRECCIÓN | | | | |
| BARRIO | Porvenir. | | 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. | | | |
| | | | |
| ✓ | | | |

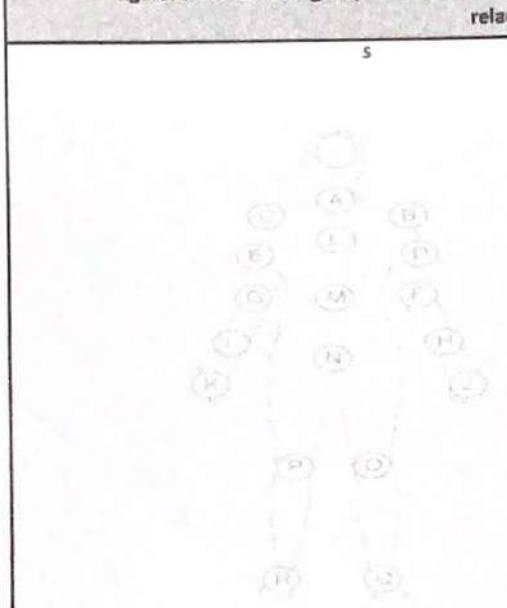
**FIRMA TRABAJADOR**

| 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 | 20 / sept / 2024 | | | CEDULA | 1131108805. | | |
| NOMBRE | Luis Enrique Ladeuth Suarez. | | | | | | |
| CARGO | Ayudante | | | | | | |
| SEXO | F | M ✓ | ESTATURA | 1.80 | # HIJOS | 4 | |
| EDAD | 30. | | PESO | 89 | USA GAFAS | SI | NO ✓ |
| TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL | | | 11 años | | | | |
| CIUDAD | Coveñas | | DIRECCIÓN | | | | |
| BARRIO | las parcelas | | 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. | | | |
| | | | |
| | | | |

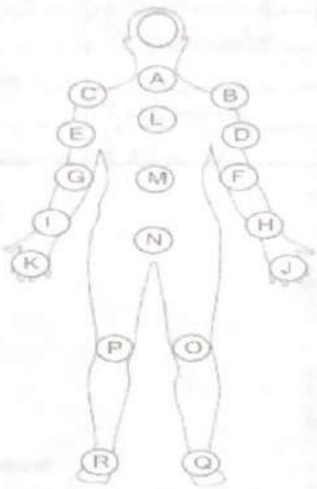
**FIRMA TRABAJADOR**

| 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 | 25 sept. / 2024 | | | | CEDULA | 1067400596. | | | |
| NOMBRE | William De Agustin Hernandez | | | | | | | | |
| CARGO | Ayudante | | | | | | | | |
| SEXO | F | | M | ✓ | ESTATURA | 1,63 | # HIJOS | 1 | |
| EDAD | 39 | | | | PESO | 82 | USA GAFAS | SI | NO ✓ |
| TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL | | | | | 8 años | | | | |
| CIUDAD | Coveñas | | | | DIRECCIÓN | | | | |
| BARRIO | Reparo | | | | 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. | | | |
| | | | |
| | | | |

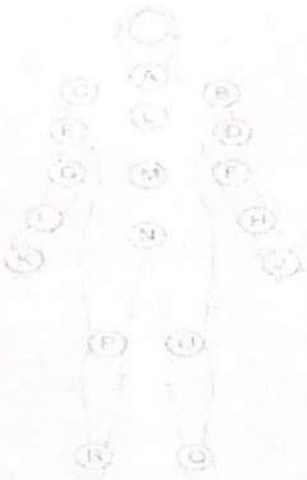
**FIRMA TRABAJADOR**

| 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 | 25/09/2024 | CEDULA | 15725762 | | |
| NOMBRE | Diego Barrera Uparela | | | | |
| CARGO | Oficial. | | | | |
| SEXO | F | M X | ESTATURA | 1.74 | # HIJOS — |
| EDAD | 42 AÑOS | PESO 74 | USA GAFAS | SI X | NO |
| TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL | 10 Años | | | | |
| CIUDAD | Chinú Córdoba | DIRECCIÓN | Calle 10 # 15-36. | | |
| BARRIO | 31 de Octubre | 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. | | | N/D |
| | | | |
| | | | |

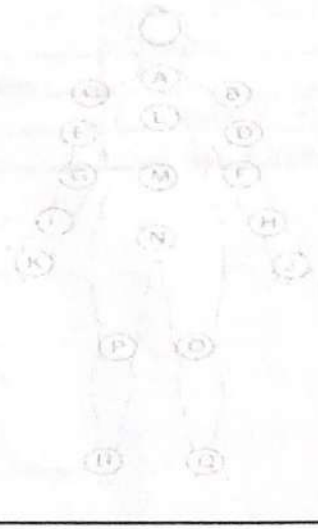
**FIRMA TRABAJADOR**

| 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 | 25/Sept/2024 | | | | CEDULA | 92539319 | | | |
| NOMBRE | Ever Antonio Fuentes Arcia. | | | | | | | | |
| CARGO | Oficial | | | | | | | | |
| SEXO | F | | M | ✓ | ESTATURA | 1.82 | # HIJOS | 2 | |
| EDAD | 43 | | | | PESO | 87 | USA GAFAS | SI | NO ✓ |
| TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL | | | | | 17 años | | | | |
| CIUDAD | Sincelejo | | | | DIRECCIÓN | | | | |
| BARRIO | Urbe Urbe. | | | | 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. | | | |
| | | | |
| Yeves Fuentes A. | | | |

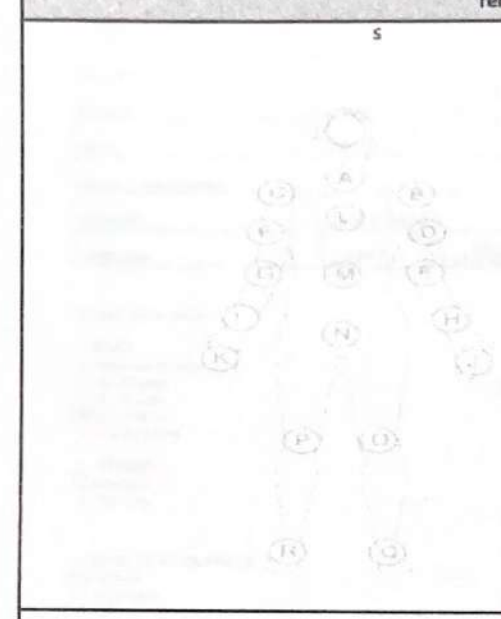
FIRMA TRABAJADOR

| 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 | 25/09/2024 | | | | CEDULA | 92640310. | | |
| NOMBRE | Jaider José Chamorro Estrada. | | | | | | | |
| CARGO | Oficial. | | | | | | | |
| SEXO | F | | M | ✓ | ESTATURA | 1,67 | # HIJOS | 2 |
| EDAD | 41 | | | | PESO 68 | USA GAFAS | SI | NO ✓ |
| TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL | | | | | 5 años | | | |
| CIUDAD | Sincelejo | | | | DIRECCIÓN | | | |
| BARRIO | Tierra prometida | | | | 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. | | | |
| | | | |
| Yader GN | | | |

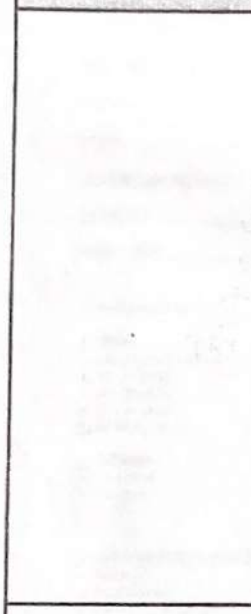
**FIRMA TRABAJADOR**

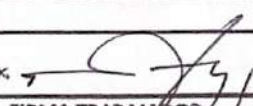
| CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE | CUESTIONARIO DE MORBILIDAD SENTIDA | VERSION 1 |
|---|---|---|
| | | SST- FO30 |
| | | Página 1 de 1 |

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

| DATOS GENERALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | 09/09/2024. | | | CEDULA | 9251705 1. | | |
| NOMBRE | Victor José Cruz Paternina. | | | | | | |
| CARGO | Residente | | | | | | |
| SEXO | F | M ✓ | ESTATURA | 1,65. | # HIJOS | 1 | |
| EDAD | 49 | | PESO 79 | USA GAFAS | SI | ✓ NO | |
| TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL | | | 2 meses. | | | | |
| CIUDAD | Coveñas | | DIRECCIÓN | Carrera 25. Calle 8. | | | |
| BARRIO | Guayabal | | 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 | ✓ | | Hipertension Controlada |
| **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 (frio, caliente)? | | ✓ | |
| Duele por permanecer en una sola posición? | | ✓ | |
| Otra, Cual? | | ✓ | |
| ¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad laboral? De ser así indique cuales. | | | |
| | | | |
| X  | | | |

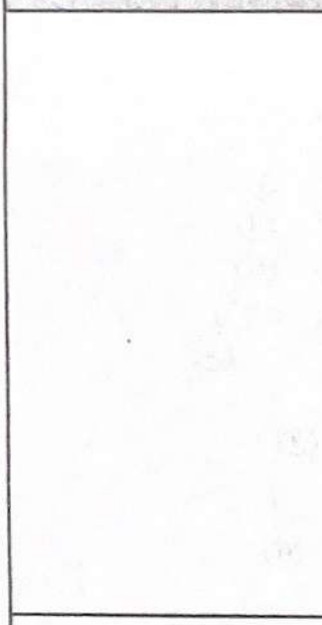
**FIRMA TRABAJADOR**

| CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE | CUESTIONARIO DE MORBILIDAD SENTIDA | SST- FO30<br>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 | 25/Sep/2024. | | | | CEDULA | 92230393. | | | |
| NOMBRE | Julian Francisco Barrios Cortina | | | | | | | | |
| CARGO | Ayudante | | | | | | | | |
| SEXO | F | | M | ✓ | ESTATURA | 1.86 | # HIJOS | 0 | |
| EDAD | 45. | | | | PESO | 75. | USA GAFAS | SI | NO ✓ |
| TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL | | | | | 25 años | | | | |
| CIUDAD | Coveñas | | | | DIRECCIÓN | | | | |
| BARRIO | Guayabal | | | | 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. | | | |
| | | | |
| Julian Barrios. | | | |

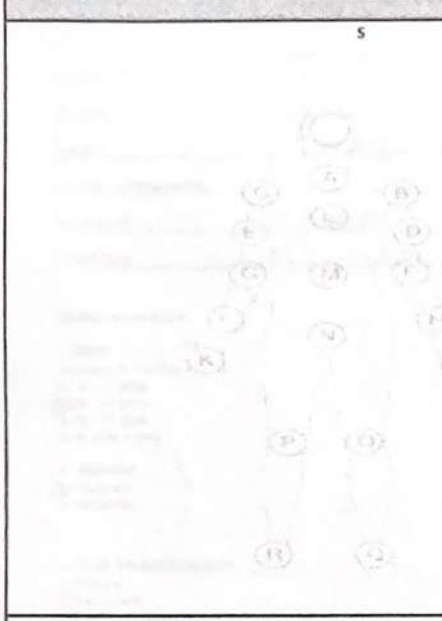
FIRMA TRABAJADOR

| 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 | 20/Sept 2024 | | | CEDULA | 1116615548 | | |
| NOMBRE | Alvaro Andres Manjarres Ovidio. | | | | | | |
| CARGO | Bodeguero | | | | | | |
| SEXO | F | M ✓ | ESTATURA | 1.78 | # HIJOS | 2 | |
| EDAD | 28. | PESO 99. | USA GAFAS | SI | NO ✓ | | |
| TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL | 1 año. | | | | | | |
| CIUDAD | Coveñas | DIRECCIÓN | | | | | |
| BARRIO | Guayabal | 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. | | | |
| | | | |
| | | | |

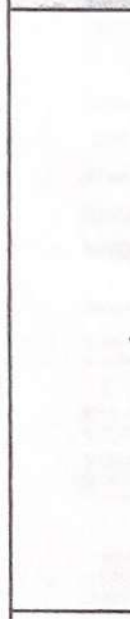
FIRMA TRABAJADOR

| CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE | CUESTIONARIO DE MORBILIDAD SENTIDA | SST- F030<br>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 | 30/Sep/2024 | | | CEDULA | 1121105089 | | |
| NOMBRE | Pedro Ortega Hernandez | | | | | | |
| CARGO | Ayudante | | | | | | |
| SEXO | F | M ✓ | ESTATURA | 1.75. | # HIJOS | 0. | |
| EDAD | 38. | | PESO 80 | USA GAFAS | SI | NO ✓ | |
| TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL | | | 15 años. | | | | |
| CIUDAD | Coveñas | | DIRECCIÓN | | | | |
| BARRIO | El Cerrito. | | 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. | | | |
| | | | |
| Pedro Ortega | | | |

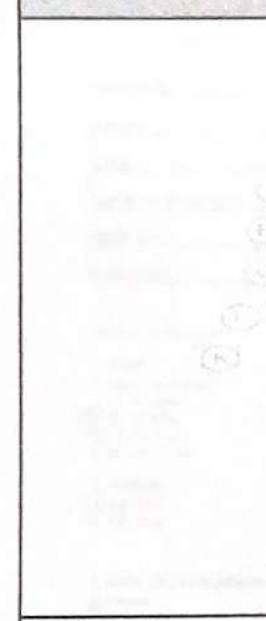
FIRMA TRABAJADOR

| 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 | 20/Sept/2024 | | | | CEDULA | 1131106681. | | | |
| NOMBRE | Carlos Mario Serra Bello. | | | | | | | | |
| CARGO | Ayudante | | | | | | | | |
| SEXO | F | | M | ✓ | ESTATURA | 1.81 | # HIJOS | 2 | |
| EDAD | 34. | | | | PESO | 110. | USA GAFAS | SI | NO ✓ |
| TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL | | | | | 19 años. | | | | |
| CIUDAD | Coveñas | | | | DIRECCIÓN | | | | |
| BARRIO | Guayabal | | | | 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? | ✓ | | 17 años. |
| 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. | | | |
| | | | |
| | | | |

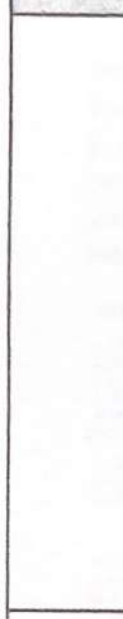
FIRMA TRABAJADOR

| CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE | CUESTIONARIO DE MORBILIDAD SENTIDA | VERSION 1<br>SST- FO30<br>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 | 20/sep/2024 | | | | CEDULA | | 78704837 | | |
| NOMBRE | Hover Luis Herrera Tirado | | | | | | | | |
| CARGO | Plomero | | | | | | | | |
| SEXO | F | | M | ✓ | ESTATURA | 1,89 | # HIJOS | 6 | |
| EDAD | 55 | | | | PESO | 80 | USA GAFAS | SI | NO ✓ |
| TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL | | | | | 32 años | | | | |
| CIUDAD | Montería | | | | DIRECCIÓN | | | | |
| BARRIO | Finca Puerto Franco | | | | 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 | | | |

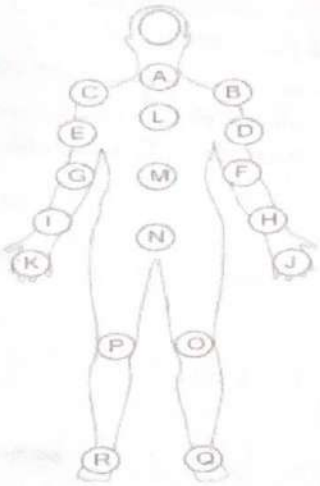
FIRMA TRABAJADOR

| 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 | 20/Sep/2024 | | | CEDULA | 1067855135. | | |
| NOMBRE | Juan Dario Salgado Cruz. | | | | | | |
| CARGO | Maquinista. | | | | | | |
| SEXO | F | M ✓ | ESTATURA | 1.60. | # HIJOS | 1 | |
| EDAD | 36. | | PESO 72 | USA GAFAS | SI | NO X | |
| TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL | | | 12 años | | | | |
| CIUDAD | Montería | | DIRECCIÓN | Mz 20 Lt 10. | | | |
| BARRIO | Santa clara | | COMUNA | | | | |

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

| 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. | | | |
| | | | |

Iven Salgado enf

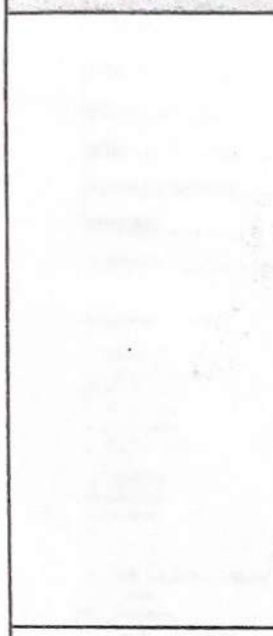
FIRMA TRABAJADOR

| CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE | CUESTIONARIO DE MORBILIDAD SENTIDA | VERSION 1<br>SST- FO30<br>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 | 20/Sep/2024 | | | | CEDULA | 1072577613 | | | |
| NOMBRE | Cristian Palarrigga Cadena. | | | | | | | | |
| CARGO | Ayudante. | | | | | | | | |
| SEXO | F | | M | ✓ | ESTATURA | 1.60. | # HIJOS | 0. | |
| EDAD | 24. | | | | PESO 63 | USA GAFAS | SI | NO ✓ | |
| TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL | | | | | 8 años | | | | |
| CIUDAD | Coveñas | | | | DIRECCIÓN | | | | |
| BARRIO | Porvenir | | | | 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  | | | |

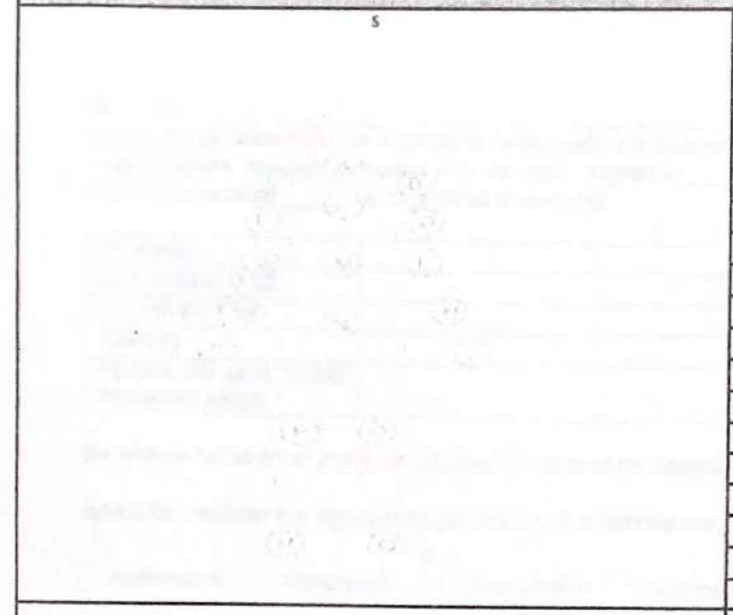
FIRMA TRABAJADOR

| 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 | 20/Sep/2024 | | | CEDULA | 1067852199. | | |
| NOMBRE | Lilio Cogollo Hoyos. | | | | | | |
| CARGO | Ayudante oficial | | | | | | |
| SEXO | F | M ✓ | ESTATURA | 1.75. | # HIJOS | 4 | |
| EDAD | 38. | | PESO 63 | USA GAFAS | SI | NO | |
| TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL | | | 12 años | | | | |
| CIUDAD | Coveñas. | | DIRECCIÓN | | | | |
| BARRIO | Floresta | | 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. | | | |
| | | | |
| Julio A Guillo H. | | | |

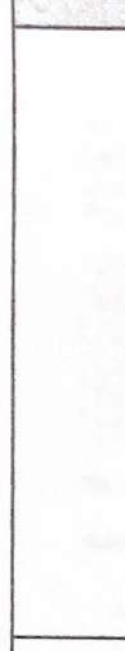
FIRMA TRABAJADOR

| 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 | 20 Sep 2024. | | | CEDULA | 1131108401 | | |
| NOMBRE | Oswaldo Urango Hernández. | | | | | | |
| CARGO | Oficial. | | | | | | |
| SEXO | F | M ✓ | ESTATURA | 1.69. | # HIJOS | 2 | |
| EDAD | 31 | | PESO 58 | USA GAFAS | SI | NO ✓ | |
| TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL | | | 3 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. | | | |
| | | | |
| ✓ 08/10/16 | | | |

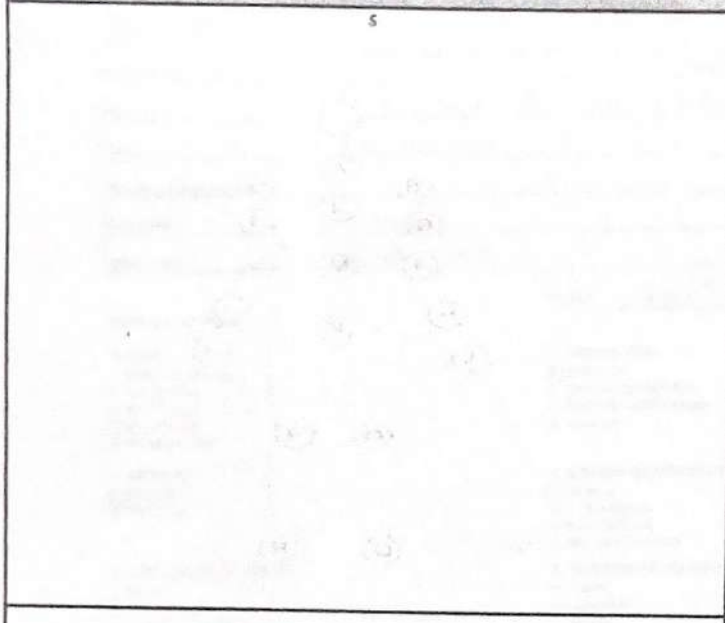
FIRMA TRABAJADOR

| 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 | 20/sept/2024 | | | | CEDULA | 1.131.705563. | | | |
| NOMBRE | Eduardo Jesus Arrieta Paternina | | | | | | | | |
| CARGO | Ayudante | | | | | | | | |
| SEXO | F | | M | ✓ | ESTATURA | 1,65. | # HIJOS | 4. | |
| EDAD | 39 | | | | PESO | 61 | USA GAFAS | SI | NO ✓ |
| TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL | | | | | 10 años. | | | | |
| CIUDAD | Coveñas | | | | DIRECCIÓN | | | | |
| BARRIO | Bellavista. | | | | 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  | | | |

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 | 20/Sep/2024 | | | | | CEDULA | 1064310879. | | |
| NOMBRE | Iván Danilo Doria. | | | | | | | | |
| CARGO | Ayudante. | | | | | | | | |
| SEXO | F | | M | ✓ | ESTATURA | 1,70 | # HIJOS | 0. | |
| EDAD | 19 | | | | PESO 73 | USA GAFAS | SI | NO ✓ | |
| TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL | | | | | 2 años | | | | |
| CIUDAD | Coveñas | | | | DIRECCIÓN | | | | |
| BARRIO | Bellavista. | | | | 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 | | | |

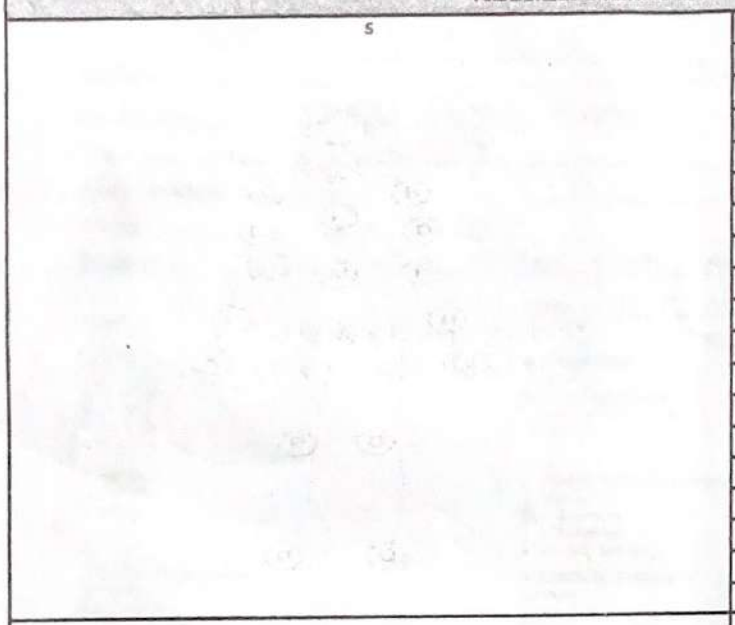
FIRMA TRABAJADOR

| 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 | 20/Sept/2024 | | | CEDULA | 3504911982 | | |
| NOMBRE | Juan Lopez Torres | | | | | | |
| CARGO | Oficial | | | | | | |
| SEXO | F | M X | ESTATURA | 1.75 | # HIJOS | 1 | |
| EDAD | 32 | | PESO 95 | USA GAFAS | SI | NO X | |
| TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL | | | | | | | |
| CIUDAD | Santiago Cordoba | | DIRECCIÓN | | | | |
| BARRIO | Urbanización Potare | | COMUNA | | | | |

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

| 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, esperifique 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. | | | |
| | | | |
| Juan Lopez Flores | | | |

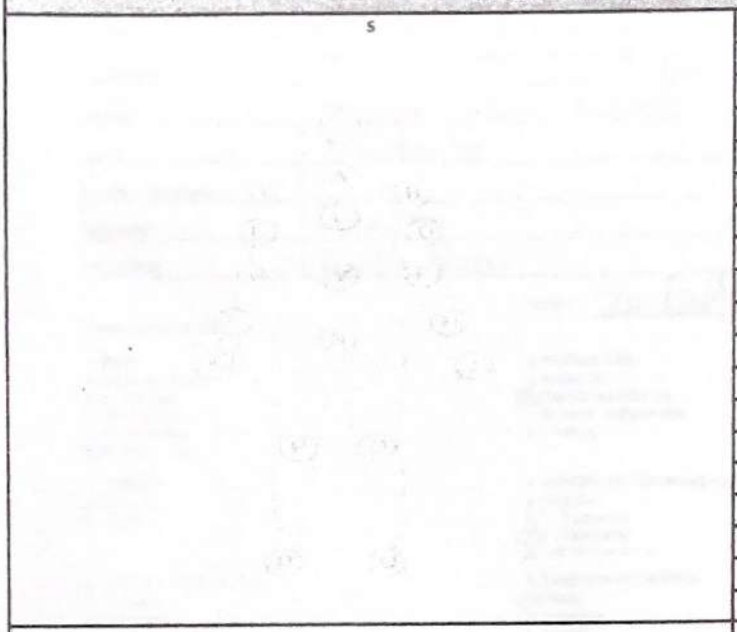
FIRMA TRABAJADOR

| 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 | 20/Sept/2024 | | | CEDULA | 15619367. | | |
| NOMBRE | Yovany Luis Peñata. | | | | | | |
| CARGO | Ayudante. | | | | | | |
| SEXO | F | M ✓ | ESTATURA | 1.65. | # HIJOS | 1. | |
| EDAD | 49. | | PESO 84 | USA GAFAS | SI | NO ✓ | |
| TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL | | | 20 años | | | | |
| 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 (frio, caliente)? | | ✓ | |
| Duele por permanecer en una sola posición? | | ✓ | |
| Otra, Cual? | | ✓ | |
| ¿Alguna vez le han diagnosticado alguna enfermedad laboral? De ser así indique cuales. | | | |
| | | | |
| X YOVANY V( X | | | |

FIRMA TRABAJADOR

# Anexo 12, Reporte e investigación de AT, lecciones aprendidas y ausentismo laboral

# 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: COLFONDOS — Código AFP: 010

## 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 |
|---|---|---|
| MONSALVO | CASTRO | HEYNER ALFONSO |

| Tipo de identificación | Número | Fecha de nacimiento | Sexo |
|---|---|---|---|
| ( ) NI (•) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA | 85083707 | 26061982 | (•) M ( ) F |

| Dirección | Teléfono | Fax |
|---|---|---|
| VE TORRENTE | 3108207461 | 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 | 0:16 |

| Fecha de ingreso a la empresa | Salario u honorarios (mensual) | Jornada de trabajo habitual |
|---|---|---|
| 29082024 | 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 |
|---|---|---|
| 12092024 09:00:00 | N | Jueves |

| 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 |
|---|---|
| 2:0 | ( ) 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

CONTACTO CON HERRAMIENTOS U OBJETOS CORTO PUNZANTES...

**Descripción del accidente**

EL TRABAJADOR SE ENCONTRABA ARMANDO ACERO EN ELEMENTO ESTRUCTURAR DE LA CONSTRUCCION (COLUMNA); CUANDO EL TRABAJADOR SE DISPONIA A UBICARSE MEJOR, ESTE SE AGARRA EN LA COLUMNA , LA CUAL TENIA UN ALAMBRE, QUE AL MOMENTO DEL AGARRE LE OCASIONA HERIDA EN LA MANO IZQUIERDA.

**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: 13-09-2024 19:29:31

Fecha de recibido en ARL SURA: 13-09-2024 19:29:31

ARL SURA RECIBIDO

Fecha Impresión 13-09-2024 19:29:55

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA VIGILADO

# 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 |
|---|---|---|---|
| CAJACOPI ATLANTICO - CCF | 142 | ARL SURA | 40 |

AFP a la que está afiliado: PORVENIR — Código AFP: 003

## 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 |
|---|---|---|
| GARZON | LOPEZ | JORGE ELIECER |

| Tipo de identificación | Número | Fecha de nacimiento | Sexo |
|---|---|---|---|
| ( ) NI (•) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA | 15682314 | 18101970 | (•) M ( ) F |

| Dirección | Teléfono | Fax |
|---|---|---|
| COVEÑAS | 3128075143 | 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 | 0:16 |

| Fecha de ingreso a la empresa | Salario u honorarios (mensual) | Jornada de trabajo habitual |
|---|---|---|
| 04092024 | 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 |
|---|---|---|
| 18092024 10:00:00 | N | Miércoles |

| 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 |
|---|---|
| 3:0 | ( ) 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

PELADURA POR POLVO QUÍMICO (CAL)

**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

EXPOSICIÓN O CONTACTO CON SUSTANCIAS QUÍMICAS...

**Descripción del accidente**

EL TRABAJADOR SE ENCONTRABA TRAZANDO CON CAL HIDRATADA, POR DONDE SE VA A REALIZAR LA EXCAVACION PARA INSTALAR LA TUBERIA DE AGUA, DICHA EXPOSICION AL PRODUCTO LE PRODUCE SEQUEDAD E IRRITACION U FINALMENTE UNA LLAGA.O HERIDA.

**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: 20-09-2024 17:55:51

Fecha de recibido en ARL SURA: 20-09-2024 17:55:51

ARL SURA RECIBIDO

Fecha Impresión: 20-09-2024 17:55:58

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

| CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE | REPORTE E INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES | Versión 2 |
|---|---|---|
| | | Cod: Cod: SST-F08 |

| REPORTE DEL EVENTO | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ANTECEDENTES | | | | | | | |
| CLASIFICACIÓN | ACCIDENTE ☐ | NCIDENTE ☐ | TIPO | Personas ☐ | Propiedad ☐ | Ambiental ☐ | |
| Fecha del incidente / accidente | | Hora | | Reporte No. | | | |
| Lugar | | | | Empresa | | | |
| Jefe de Inmediato | | | | | | | |
| Nombre de quien reporta el evento | | | | | | | |
| IDENTIFICACIÓN DEL AFECTADO | | | | | | | |
| Nombre: | | | | Edad: | | | |
| Ocupación: | | | | Antigüedad en la labor (semanas): | | | |
| Sección de trabajo: | | | | Tiempo Incapacidad: | | | |
| Actividades que realizaba: | | | | | | | |
| Tipo de lesión: | | | | | | | |
| Parte del cuerpo lesionada: | | | | | | | |

| TIPO Y AGENTE DEL EVENTO INVESTIGADO (Diligenciar en caso de Investigación de Accidentes/Incidentes) | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE LESIÓN (MARQUE CON UNA X CUÁL O CUÁLES) | | | | PARTE DEL CUERPO AFECTADA | | | |
| | Fractura | | Quemadura | | Cabeza | | Miembro Inferiores |
| | Luxación | | Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia | | Ojo | | Pies |
| | Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia, laceración de músculo o tendón sin herida | | Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente | | Cuello | | Ubicaciones Múltiples |
| | Conmoción o trauma interno | | Asfixia | | Tronco (Incluye Espalda, Columna Vertebral, Medula Espinal, Pelvis) | | Lesiones Generales u otras |
| | Amputación o enucleación (exclusión o perdida del ojo) | | Efecto de la Electricidad | | Tórax | | |
| | Herida | | Efecto nocivo de la radiación | | Abdomen | | |
| | Trauma superficial (incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño) | | Lesiones Múltiples | | Miembros Superiores | | |
| | Golpe o contusión o aplastamiento | | Otro especificar | | Manos | | |
| MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE | | | | AGENTE DEL ACCIDENTE: (CON QUÉ SE LESIONÓ EL TRABAJADOR) | | | |
| | Caída mismo/distinto nivel | | Golpeado por/con/contra | | Superficie de trabajo en altura o mismo nivel | | Herramientas con o sin motor |
| | Atrapamiento con máquinas o estructuras | | Contacto con objetos cortantes/punzantes | | Maquinarias/equipos/materiales | | Herramienta/material corto punzante |
| | Contacto con fuego u objetos calientes | | Proyección de partículas/líquidos | | Fuego o material incandescente | | Polvos o partículas en suspensión |
| | Derramamiento de sustancias combustibles | | Sobreesfuerzo | | Electricidad | | Proyección de materiales |
| | Atropello/choque/colisión o volcamiento | | Incendio de instalaciones | | Vehículo transporte carga o personas | | Humos gases o vapores en el aire |
| | Exposición al arco eléctrico o energía eléctrica | | Intoxicación alimentos/químicos | | Combustibles | | Alimentos |
| | | | Otros | | Otros | | |

| DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE ¿Quién, cómo, cuándo y dónde? |
|---|
| |

## INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES (Espacio Para El Comité Investigador)

### CAUSAS

**CAUSA INMEDIATA**

#### ACTO SUBESTANDAR (Violación de una norma aceptada como segura)

- Manejar equipo sin autorización
- Operar a velocidad insegura
- Hacer inoperables los dispositivos de seguridad
- Usar equipo/herramienta inadecuada/ defectuosa
- Usar equipo en forma inapropiada
- No usar/usar inadecuadamente el EPP
- Cargar, colocar o almacenar inadecuadamente
- Levantar en forma incorrecta
- Posicionamiento inadecuado para la labor
- Prestar servicio al equipo en movimiento
- Falta de atención-olvido
- No asegurar o advertir
- Uso inapropiado de las manos o partes del cuerpo
- Errores de conducción
- Otros

#### CONDICIÓN SUBESTANDAR (Estado o condición física del objeto o material que puede causar el AT y puede ser corregida)

- Carencia del EPP necesario
- Elaborado con materiales inadecuados
- Insuficiente espacio de trabajo
- Iluminación inadecuada
- Uso de equipos/procedimientos de por si peligrosos
- Ayuda inadecuada para levantar objetos pesados
- Riesgos ambientales en trabajos exteriores
- Riesgos naturales
- Riesgos de tráfico
- Guardas o barreras inadecuadas
- Defectos mecánicos en equipos o herramientas
- Defectos eléctricos en equipos o herramientas
- Sistema de advertencia deficiente
- Peligro de incendio o explosión
- Orden y aseo deficientes
- Condiciones ambientales peligrosas
- Otras

**CAUSAS BÁSICAS**

#### FACTORES PERSONALES

CONOCIMIENTO
- Falta de Educación/Experiencia
- Falta de entrenamiento teórico
- Falta de orientación

ESTRÉS
- Cansancio, falta de concentración
- Ambiente de trabajo inapropiado
- Exigencia de trabajo excesiva

HABILIDAD
- Falta de orientación práctica
- Falta de práctica
- Exceso de confianza

MOTIVACIÓN
- Intento de ahorrar tiempo
- Ejemplo inapropiado de supervisión
- Aceptar desempeño inadecuado

OTROS

#### FACTORES DE TRABAJO

SUPERVISIÓN
- Mala programación del trabajo
- Instrucción inadecuada
- Supervisión inadecuada

ADQUISICIÓN
- Especificación inadecuada
- Selección inadecuada del proveedor
- Transporte inadecuado de materiales

HERRAMIENTAS Y EQUIPOS
- Uso incorrecto del equipo
- No disponible o faltante
- Herramientas y equipos inadecuados

DISEÑO E INGENIERÍA
- Criterio inadecuado de diseño
- Normas inadecuadas
- Inspección inadecuada

MANTENIMIENTO E INSTALACIONES
- Mantenimiento deficiente
- Mantenimiento de rutina no realizado
- Fallas en el mantenimiento correctivo

OTROS

### OTRAS CAUSAS

| CONCLUSIONES OBTENIDAS DE LA INVESTIGACIÓN |
|---|
| |

| MEDIDAS DE INTERVENCIÓN | | |
|---|---|---|
| MEDIDAS CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS | | |
| Actividad | Responsable | Fecha |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| SEGUIMIENTO | | |
| Resultados obtenidos | Verificó | Fecha |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**Nombre y Firma del Jefe Inmediato o Supervisor**

**Nombre y firma del representante COPASST**

**Nombre y firma del trabajador**

**Nombre y Firma del Profesional con Licencia de Salud Ocupacional**
**No de Licencia:**

ANEXOS (si los hay): Fotografías, Croquis del accidente.

| CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE | REPORTE E INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES | Versión 2 |
|---|---|---|
| | | Cod: Cod: SST-F08 |

| REPORTE DEL EVENTO | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ANTECEDENTES | | | | | | | |
| CLASIFICACIÓN | ACCIDENTE ☐ | INCIDENTE ☐ | TIPO | Personas ☐ | Propiedad ☐ | Ambiental ☐ | |
| Fecha del incidente / accidente | | Hora | | Reporte No. | | | |
| Lugar | | | | Empresa | | | |
| Jefe de Inmediato | | | | | | | |
| Nombre de quien reporta el evento | | | | | | | |
| IDENTIFICACIÓN DEL AFECTADO | | | | | | | |
| Nombre: | | | | Edad: | | | |
| Ocupación: | | | | Antigüedad en la labor (semanas): | | | |
| Sección de trabajo: | | | | Tiempo Incapacidad: | | | |
| Actividades que realizaba: | | | | | | | |
| Tipo de lesión: | | | | | | | |
| Parte del cuerpo lesionada: | | | | | | | |

| TIPO Y AGENTE DEL EVENTO INVESTIGADO (Diligenciar en caso de Investigación de Accidentes/Incidentes) | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO DE LESIÓN (MARQUE CON UNA X CUÁL O CUÁLES) | | | | PARTE DEL CUERPO AFECTADA | | | |
| | Fractura | | Quemadura | | Cabeza | | Miembro Inferiores |
| | Luxación | | Envenenamiento o intoxicación aguda o alergia | | Ojo | | Pies |
| | Torcedura, esguince, desgarro muscular, hernia, laceración de músculo o tendón sin herida | | Efecto del tiempo, del clima u otro relacionado con el ambiente | | Cuello | | Ubicaciones Múltiples |
| | Conmoción o trauma interno | | Asfixia | | Tronco (Incluye Espalda, Columna Vertebral, Medula Espinal, Pelvis) | | Lesiones Generales u otras |
| | Amputación o enucleación (exclusión o perdida del ojo) | | Efecto de la Electricidad | | Tórax | | |
| | Herida | | Efecto nocivo de la radiación | | Abdomen | | |
| | Trauma superficial (incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño) | | Lesiones Múltiples | | Miembros Superiores | | |
| | Golpe o contusión o aplastamiento | | Otro especificar | | Manos | | |
| MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE | | | | AGENTE DEL ACCIDENTE: (CON QUÉ SE LESIONÓ EL TRABAJADOR) | | | |
| | Caída mismo/distinto nivel | | Golpeado por/con/contra | | Superficie de trabajo en altura o mismo nivel | | Herramientas con o sin motor |
| | Atrapamiento con máquinas o estructuras | | Contacto con objetos cortantes/punzantes | | Maquinarias/equipos/materiales | | Herramienta/material corto punzante |
| | Contacto con fuego u objetos calientes | | Proyección de partículas/líquidos | | Fuego o material incandescente | | Polvos o partículas en suspensión |
| | Derramamiento de sustancias combustibles | | Sobreesfuerzo | | Electricidad | | Proyección de materiales |
| | Atropello/choque/colisión o volcamiento | | Incendio de instalaciones | | Vehículo transporte carga o personas | | Humos gases o vapores en el aire |
| | Exposición al arco eléctrico o energía eléctrica | | Intoxicación alimentos/químicos | | Combustibles | | Alimentos |
| | | | Otros | | Otros | | |

| DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE ¿Quién, cómo, cuándo y dónde? |
|---|
| |

## INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES E INCIDENTES (Espacio Para El Comité Investigador)

### CAUSAS

**CAUSA INMEDIATA**

#### ACTO SUBESTANDAR (Violación de una norma aceptada como segura)

- Manejar equipo sin autorización
- Operar a velocidad insegura
- Hacer inoperables los dispositivos de seguridad
- Usar equipo/herramienta inadecuada/ defectuosa
- Usar equipo en forma inapropiada
- No usar/usar inadecuadamente el EPP
- Cargar, colocar o almacenar inadecuadamente
- Levantar en forma incorrecta
- Posicionamiento inadecuado para la labor
- Prestar servicio al equipo en movimiento
- Falta de atención-olvido
- No asegurar o advertir
- Uso inapropiado de las manos o partes del cuerpo
- Errores de conducción
- Otros

#### CONDICIÓN SUBESTANDAR (Estado o condición física del objeto o material que puede causar el AT y puede ser corregida)

- Carencia del EPP necesario
- Elaborado con materiales inadecuados
- Insuficiente espacio de trabajo
- Iluminación inadecuada
- Uso de equipos/procedimientos de por si peligrosos
- Ayuda inadecuada para levantar objetos pesados
- Riesgos ambientales en trabajos exteriores
- Riesgos naturales
- Riesgos de tráfico
- Guardas o barreras inadecuadas
- Defectos mecánicos en equipos o herramientas
- Defectos eléctricos en equipos o herramientas
- Sistema de advertencia deficiente
- Peligro de incendio o explosión
- Orden y aseo deficientes
- Condiciones ambientales peligrosas
- Otras

**CAUSAS BÁSICAS**

#### FACTORES PERSONALES

CONOCIMIENTO
- Falta de Educación/Experiencia
- Falta de entrenamiento teórico
- Falta de orientación

ESTRÉS
- Cansancio, falta de concentración
- Ambiente de trabajo inapropiado
- Exigencia de trabajo excesiva

HABILIDAD
- Falta de orientación práctica
- Falta de práctica
- Exceso de confianza

MOTIVACIÓN
- Intento de ahorrar tiempo
- Ejemplo inapropiado de supervisión
- Aceptar desempeño inadecuado

OTROS

#### FACTORES DE TRABAJO

SUPERVISIÓN
- Mala programación del trabajo
- Instrucción inadecuada
- Supervisión inadecuada

ADQUISICIÓN
- Especificación inadecuada
- Selección inadecuada del proveedor
- Transporte inadecuado de materiales

HERRAMIENTAS Y EQUIPOS
- Uso incorrecto del equipo
- No disponible o faltante
- Herramientas y equipos inadecuados

DISEÑO E INGENIERÍA
- Criterio inadecuado de diseño
- Normas inadecuadas
- Inspección inadecuada

MANTENIMIENTO E INSTALACIONES
- Mantenimiento deficiente
- Mantenimiento de rutina no realizado
- Fallas en el mantenimiento correctivo

OTROS

### OTRAS CAUSAS

| CONCLUSIONES OBTENIDAS DE LA INVESTIGACIÓN |
|---|
| |

| MEDIDAS DE INTERVENCIÓN | | |
|---|---|---|
| MEDIDAS CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS | | |
| Actividad | Responsable | Fecha |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| SEGUIMIENTO | | |
| Resultados obtenidos | Verificó | Fecha |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

**Nombre y Firma del Jefe Inmediato o Supervisor**

**Nombre y firma del representante COPASST**

**Nombre y firma del trabajador**

**Nombre y Firma del Profesional con Licencia de Salud Ocupacional**
**No de Licencia:**

ANEXOS (si los hay): Fotografías, Croquis del accidente.

| 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** | **SEPTIEMBRE DE 2024** | | |
| **AUXILIAR SST** | **STEPHANNY GARAY** | **COORDINADOR SST** | **LUIS SALGADO** |

| NOMBRE Y APELIDOS | Nº CC | FECHA INICIAL | FECHA FINAL | CLASES DE AUSENTISMO | | TOTAL DIAS |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | AT | EC | |
| HEYNER ALFONSO MONSALVO CASTRO | 85083707 | 12/09/2024 | 27/09/2024 | X | | 15 |
| CARLOS EUGENIO BLANQUICET RIVERA | 1104867738 | 19/09/2024 | 21/09/2024 | | 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 17

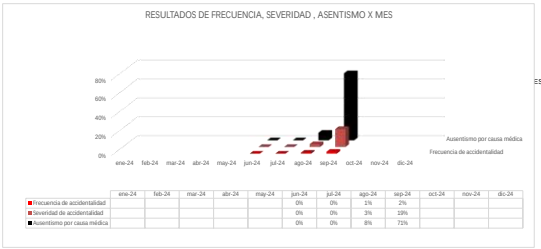
**AT** ACCIDENTE DE TRABAJO
**EC:** ENFERMEDAD COMUN

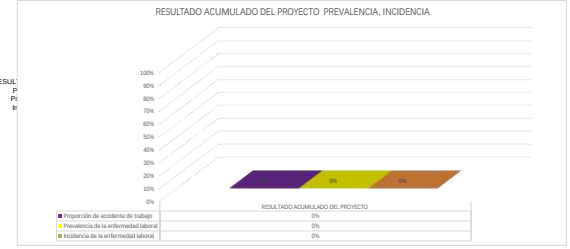
# Anexo 13, Cálculo de indicadores de accidentalidad directos

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% | 2% | | | |
| 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% | 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% | 19% | | | |
| 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% | 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% | 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% | 71% | | | |




## 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 | 2 | | | |
| Denominador | | | | | | 18 | 11 | 80 | 88 | | | |
| Resultado | | | | | | 0% | 0% | 1% | 2% | #¡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**

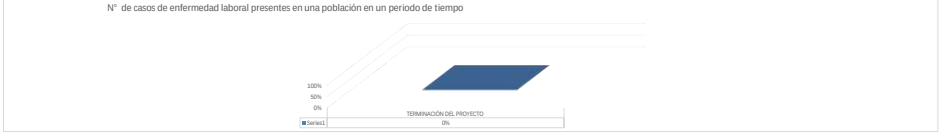
| Severidad de accidentalidad | ene-24 | feb-24 | mar-24 | abr-24 | may-24 | jun-24 | jul-24 | ago-24 | sep-24 | oct-24 | nov-24 | dic-24 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Numerador | | | | | | 0 | 0 | 2 | 17 | | | |
| Denominador | | | | | | 18 | 11 | 80 | 88 | | | |
| Resultado | | | | | | 0% | 0% | 3% | 19% | #¡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 | | | | 0 |
| Denominador | | | | | | 18 | 11 | 80 | 88 | | | | 49,25 |
| Resultado | | | | | | 0% | 0% | 0% | 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 | 17 | | | |
| Denominador | | | | | | 20 | 24 | 24 | 24 | | | |
| Resultado | | | | | | 0% | 0% | 8% | 71% | #¡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 | | | | 0 |
| Denominador | | | | | | 18 | 11 | 80 | 88 | | | | 49,25 |
| Resultado | | | | | | 0% | 0% | 0% | 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 | | | | 0 |
| Denominador | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | 0 |
| Resultado | | | | | | 0% | 0% | 0% | 0% | | | | #¡DIV/0! |
| Interpretación | En el año, el X% de accidentes de trabajo fueron mortales | | | | | | | | | | | | |



# Anexo 14, Acta entrega de epp y dotación

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 | Proteder 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 | |
| 02/09/24 | Iván Garay | 1193142465 | ✓ | | | | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | Iván |
| 02/09/24 | Juan David Correa | 1192777765 | | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | Juan Correa |
| 02/09/24 | Daniel Monterrosa | 1129504510 | ✓ | | | | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | Daniel |
| 02/09/24 | Abraham Rodriguez | 1193043889 | ✓ | | | | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | Abraham |
| 02/09/24 | Kevin Sierra | 1131104278 | — | | | | | | — | | | | | | | | | — | | | | | | Kevin Sierra |
| 02/09/24 | Heliodoro Prada | 78717284 | — | | | | | | — | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02/09/24 | Pedro Marquez | 1131107808 | ✓ | | | | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | Pedro Marquez |
| 02/09/24 | Jairo Ramos | 18857561 | ✓ | | | | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | Jairo |
| 02/09/24 | Luis Hadeth | 1131108805 | ✓ | | | | | | ✓ | | | | | | | | ✓ | | | | | | | Luis Hadeth |
| 02/09/24 | Johan Zuñiga | 1131104030 | — | | | | | | — | | | | | | • | | | ✓ | | | | | | Johan Zuñiga |
| 02/09/24 | Carlos Sierra | 1131106681 | | | ✓ | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | Carlos Sierra |
| 03/09/24 | Carlos Sierra | 1131106681 | ✓ | | | | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | Carlos Sierra |
| 03/09/24 | German Peralta | 1005705688 | — | | ✓ | | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | Peralta |
| 03/09/24 | Juan Correa | 1192777765 | | | ✓ | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | Juan Correa |
| 03/09/24 | Yeiner Gonzalez | 1007245339 | | | ✓ | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | Yeiner Gonzalez |
| 03/09/24 | Javier Barreto | 1007663238 | | | ✓ | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | |
| 03/09/24 | Oscar Causil | 1023809586 | | | ✓ | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | |
| 03/09/24 | Jairo Ramos | 18857561 | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Jairo Ramos |
| 03/09/24 | Carlos Sierra | 1131106681 | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Carlos Sierra |
| 04/09/24 | Luis Schneider | 1131109665 | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | Luis Schneider |
| 04/09/24 | Iván Garay | 1193142465 | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | Iván |
| 04/09/24 | Yeiner Gonzalez | 1007245059 | — | | | | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | Yeiner |

**COMPROMISO:**
Me comprometo a portar 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, 1 Art. 22, 1 Soy responsable 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 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 | |
| 04/09/24 | Juan Ramos | 1131111481 | ✓ | | | | | | ✓ | | | | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | Juan David Ramos |
| 05/09/24 | Jhonny Doria. | 15034491 | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | JOHNNY Doria |
| 06/09/24 | Kevin Sierra | 1131104278 | ✓ | | | | | | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | Kevin Sierra |
| 07/09/24 | Daniel Palomino | | ✓ | | | | | | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | DANIEL |
| 07/09/24 | Diana Murillo. | 50988098 | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | ✓ | | | | | | | | | Diana Murillo |
| 07/09/24 | Luis Ladeuth | 1131108805 | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | ✓ | | | | | | | | | Luis Ladeuth |
| 09/09/24 | Oscar Causil | 1073809586 | | | | | | | | | | | | ✓ | ✓ | | | | | | | | | |
| 09/09/24 | Jhonny Doria. | 15034491. | | | | | | | | | | | | | ✓ | | ✓ | | | | | | | JOHNNY |
| 09/09/24 | Carlos Blanquel | 1104867838 | | | | | | | | | | | | ✓ | ✓ | | | ✓ | | | | | | Carlos Blanquel |
| 09/09/24 | Luis Ladeuth | 1131108805 | ✓ | | | | | | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | Luis Ladeuth. |
| 09/09/24 | Carlos Sierra | 1131106681 | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | ✓ | | | ✓ | | | | | | Carlos Sierra |
| 10/09/24 | Leonardo Rivera | 15620960 | | | ✓ | | | ✓ | ✓ | | | | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | Leonardo Rivera |
| 10/09/24 | Javier Barreto | 1007663238 | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | |
| 10/09/24 | Abraham Pochgure | 1193043889 | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | |
| 11/09/24 | Yeiner Hernandez | 1003561521 | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | Yeiner Hernandez |
| 11/09/24 | Juan Insignare. | 1131110865 | ✓ | | | | | | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | |
| 11/09/24 | Heliodoro Parda. | 78717284 | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | |
| 11/09/24. | Johan Zuñiga. | 1131104030 | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | |
| 11/09/24. | Juan David Correa. | 1192777765 | — | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | Juan Correa |
| 12/09/24 | Ivan Gray | 1193142468 | — | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | |
| 12/09/24 | Kevin Sierra | 1131104278 | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | Kevin Sierra |
| 13/09/24 | Pedro Marquez | 1131107808 | — | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | Pedro Marquez |

**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 2.

| CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE | ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL | VERSION: 1<br>CODIGO: SST - F -045<br>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 caucho | Antifaz de seguridad | Careta para soldar | Peto y polaina soldar | Chaleco reflectivo | |
| 02/09/24 | Kevin Fuentes | 1072529244 | | | ✓ | | | ✓ | ✓ | | | | | | | ✓ | | ✓ | | | | | | ✓ Kevin |
| 02/09/24 | Daniel Montemayor | 1129504510 | ✓ | | . | | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | ✓ Daniel |
| 02/09/24 | Yofran Suarez. | | ✓ | | | | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | ✓ Yofran |
| 02/09/24. | Luis Sepúlveda. | 1131109665 | ✓ | | . | | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | ✓ Luis Sepulveda |
| 02/09/24 | William Hernandez | 1067400596 | ✓ | | | | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | ✓ Wil... |
| 02/09/24 | Jader Chamorro | 92640310 | ✓ | | | | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | ✓ Jader ch |
| 02/09/24 | Jean carlos Cardona | 1007245363 | ✓ | | | | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | ✓ Jean C. |
| 02/09/24 | Roberto Agamez | 1003655736 | ✓ | | | | | | ✓ | | | | | | | | ✓ | ✓ | | | | | | ✓ Roberto |
| 02/09/24. | Jesús Yañez | 1131105153 | ✓ | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | Jesus |
| 02/09/24 | Heiner Mongalvo | 85083707 | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | ✓ Heiner |
| 02/09/24 | Andrés Yañez | 78743044 | ✓ | | | | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | ✓ And... |
| 02/09/24 | Yovany Tous. | 15619367 | — | | | | | | — | | | | | | | | | — | | | | | | ✓ YOVANDIX |
| 02/09/24 | Alexander Vergara | 1131108085 | — | | | | | | — | | | | | | | | | — | | | | | | ✓ Alexander |
| 02/09/24 | Wradith Miranda | 1151188615 | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | ✓ Wradith |
| 02/09/24 | Daniel Palomino. | 78030594 | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | ✓ DANIEL |
| 02/09/24 | Juan Fernando Bravo | 1003655506 | ✓ | | | | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | ✓ JUAN |
| 02/09/24. | Javier Barreto. | 1007863238 | ✓ | | | | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | |
| 02/09/24 | Oscar Causil | 1073809586 | ✓ | | | | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | |
| 02/09/24. | Diana Murillo. | 50988098 | — | | | | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | Diana Murillo |
| 02/09/24 | Erik Barquet | 15621529 | ✓ | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | | ✓ | | | | | | ✓ Erik M. |
| 02/09/24 | Gustavo Ramos | 1131106804 | ✓ | | | | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | ✓ GUSTAVO ADOLFO Ramos |
| 11/09/24 | Jader Chamorro | 92640310 | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | ✓ Jader Ch |

**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 se 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<br>CODIGO: SST - F -045<br>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 | |
| 02/09/2024 | Jesús Tavas | 1131188265 | ✓ | | | | | | ✓ | | | | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | Jesús Tavas |
| 02/09/2024 | Eduardo Palmera | 1100037 | ✓ | | | | | | ✓ | | | | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | ×Eduardo Palmera |
| 02/09/2024 | Carlos Bluguecat | 1104867738 | ✓ | | | | | | ✓ | ✓ | | | | ✓ | | | ✓ | ✓ | | | | | | ×Carlos Bluguecat |
| 03/09/2024 | Jesús Yanez | 1131105153 | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | ×Jesus Yanez |
| 03/09/24 | Kevin Fuentes | 1072529144 | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | |
| 03/09/24 | Yovany Tavs | 15619367 | ✓ | | | | | | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | ×YOVANY |
| 03/09/24 | Daniel Monterrosa | 1129504510 | | ✓ | | | | | | | | | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | ×Daniel |
| 03/09/24 | Carlos Sarmiento | 78700868 | | | ✓ | | ✓ | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | |
| 03/09/24 | Jean Carlos Bohorquez | 1007245363 | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | | | ×Jean C. |
| 04/09/24 | Wanderth Miranda | 1151188615 | ✓ | | | | | | ✓ | | | | | ✓ | | | | | | | | | | ×Wanderth |
| 04/09/24 | Diego Barrera | 15725762 | ✓ | | | | | | ✓ | | | | | ✓ | | | | | | | | | | Diana Murillo |
| 05/09/24 | Diana Murillo | 50988098 | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | Jayder Vargas |
| 06/09/24 | Jayder Vargas | 1003655340 | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | ×Luis Mendoza |
| 06/09/24 | Luis Mendoza | 1005708736 | ✓ | | | | | | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | ×Diego |
| 06/09/24 | Diego Barrera | 15725762 | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | ×Jean C. |
| 07/09/24 | Jean Carlos Bohorquez | 1007245363 | ✓ | | | | | | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | ×Julio Cogollo |
| 09/09/24 | Julio Cogollo | 1067852199 | | | ✓ | | | | ✓ | | | | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | | | | ×Carlos |
| 09/09/24 | Carlos Sarmiento | 78700868 | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | ×Daniel |
| 10/09/24 | Daniel Monterrosa | 1129504510 | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | ×Heiner |
| 10/09/24 | Heiner Mongalvo | 85083707 | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | ✓ | | | | | | | | | ×Jean C. |
| 12/09/24 | Jean Lopez | 1003656434 | | | ✓ | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | ×Jayder Vargas |
| 12/09/24 | Jayder Vargas | 1003655340 | | | ✓ | | | | | | | | | | | ✓ | | ✓ | | | | | | |

**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 venne 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

plomero

| CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE | ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL | VERSION: 1<br>CODIGO: SST - F -045<br>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 | Protección respiratoria | 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 | |
| 03/09/24 | Eliecer Coneo | 1131104488 | | | ✓ | | | ✓ | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | ELIECER |
| 03/09/24 | Julián Barrios | 92230393 | | | ✓ | | | ✓ | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | Julian Barrios |
| 03/09/24 | Adalberto Gomez | 11154441 | | | ✓ | | | ✓ | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | Adalberto Gomez |
| 03/09/24 | Jorge Elicer Garzon | 15682314 | | | ✓ | | | ✓ | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | Jorge Eliecer gl |
| 03/09/24 | Over Herrera | 78704837 | | | ✓ | | | ✓ | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | Over Herrera |
| 03/09/24 | Adalberto Gomez | 11154441 | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | ✓ | ✓ | | ✓ | | | | | | | Adalberto Gomez |
| 03/09/24 | Over Herrera | 78704837 | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | ✓ | | | | | | | | | Over Herrera |
| 07/09/24 | Eliecer Coneo | 1131104488 | | | ✓ | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | ELIECER |
| 07/09/24 | Julián Barrios | 92230393 | | | ✓ | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | Julian Barrios |
| 07/09/24 | Jorge Garzon | 15682314 | | | ✓ | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | Jorge Eliecer gl |
| 07/09/24 | Over Herrera | 78704837 | | | ✓ | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | Over Herrera |
| 09/09/24 | Eliecer Coneo | 1131104488 | | | ✓ | | | | | | | | | | ✓ | | ✓ | | | | | | | ELIECER |
| 09/09/24 | Julian Barrios | 92230393 | | | ✓ | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | Julian Barrios |
| 09/09/24 | Jorge Garzon | 15682314 | | | ✓ | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | Jorge Eliecer gl |
| 09/09/24 | Hubel Miranda | 1064309595 | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | Hubel Miranda |
| 12/09/24 | Ezequiel Picott | 1193317178 | | | ✓ | | | ✓ | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | Picott |
| 12/09/24 | Iván Lopez | 1003656434 | | | ✓ | | | ✓ | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | [illegible] |
| 12/09/24 | Esnaider Saavedra | 1003682390 | | | ✓ | | | ✓ | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | [illegible] |
| 12/09/24 | Elier NUÑEZ | 1068737364 | | | ✓ | | | ✓ | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | [illegible] |
| 12/09/24 | Oscar Chica | 1131104582 | | | ✓ | | | ✓ | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | OSCAR |
| 12/09/24 | Pedro Ortega | 1131105089 | | | ✓ | | | ✓ | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | Ortega |
| 12/09/24 | Luis Miguel Bello | 92230759 | | | ✓ | | | ✓ | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | | | | | Luis Bello |

**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<br>CODIGO: SST - F -045<br>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 | ENTREGA PERIÓDICA: Segunda del año | ENTREGA PERIÓDICA: 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 | |
| 02/09/24 | Ricardo Manjarres | 1007564070 | ✓ | | | | | | ✓ | | | | | ✓ | | | | | | | | | | |
| 03/09/24 | Andrés España | 1010092215 | ✓ | | | | | | ✓ | | | | | ✓ | | | | | | | | | | |
| 03/09/24 | Luis Contreras | 1131109111 | ✓ | | | | | | ✓ | | | | | ✓ | | | | | | | | | | |
| 03/09/24 | Jorge Castillo | 1047043732 | ✓ | | | | | | ✓ | | | | | ✓ | | | | | | | | | | |
| 03/09/24 | Iván Dona | 1064310879 | ✓ | | | | | | ✓ | | | | | ✓ | | | | | | | | | | |
| 04/09/24 | Hugo Garay | 1005708729 | ✓ | | | | | | ✓ | | | | | ✓ | | | | | | | | | | |
| 04/09/24 | Enoc Diaz | 72215503 | ✓ | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | |
| 09/09/24 | Gabriel Moreno | 1072529669 | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | ✓ | | | | | | | | | |
| 09/09/24 | Osvaldo Arango | 1131108401 | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | ✓ | | ✓ | | | | | | | |
| 09/09/24 | Johan Zuñiga | 1131104030 | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | ✓ | | ✓ | | | | | | | |
| 09/09/24 | Andrés España | 1010092215 | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | ✓ | | | | | | | | | |
| 09/09/24 | Iván Dona | 1064310879 | | | ✓ | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | |
| 09/09/24 | Marco Atencio | 1193586241 | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | |
| 09/09/24 | Eduardo Ameth | 1131105563 | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | |
| 09/09/24 | Jorge Castillo | 1047043732 | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | |
| 11/09/24 | Ricardo Manjarres | 1007564070 | ✓ | | | | | | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | |
| 11/09/24 | Eduardo Ameth | 1131105563 | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | ✓ | ✓ | | ✓ | | | | | | |
| 12/09/24 | Eduardo Ameth | 1131105563 | | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | |
| 12/09/24 | Leonardo Rivera | 1562960 | | | ✓ | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | |
| 17/09/24 | Enoc Diaz | 72215503 | | | ✓ | | | | | | | | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | |
| 18/09/24 | Gabriel Moreno | 1072529669 | ✓ | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | |
| 20/09/24 | Pedro Fernandez | 73432693 | | | ✓ | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | |

**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 asumiendo que 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

906 / 993

# Anexo 15 – 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:<br><br>Auxiliar SST<br>A: PROGRAMADA E: EJECUTADA<br>NA- No aplico en actividades del periodo<br>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:<br><br>Auxiliar SST<br>A: PROGRAMADA E: EJECUTADA<br>NA- No aplico en actividades del periodo<br>R: Reprogramada | | | A | E | | | A | E | | | A | | | | A | | | | A | | | | A | |
| Inspección de maquinaria | SEMANAL | | | | | | A | E | | | | | | | A | | | | | | | | A | | | |
| Inspección de extintores (de campo, oficina y vehículos) | MENSUAL | | | | | | A | E | | | | | | | A | | | | | | | | A | | | |
| Inspección de botiquín de primeros auxilios | MENSUAL | | | | | | A | E | | | | | | | A | | | | | | | | A | | | |
| Inspección de orden y aseo | SEMANAL | | A | E | A | E | A | E | A | E | A | | A | | A | | A | | A | | A | | A | | A | |
| Inventario de equipos y herramienta | MENSUAL | | | | | | A | E | | | | | | | A | | | | | | | | A | | | |
| Inventario/Inspeccion de sustancias quimicas | MENSUAL | | | | | | A | E | | | | | | | A | | | | | | | | A | | | |
| inspeccion/inventario señalizacion | MENSUAL | | | | | | A | E | | | | | | | A | | | | | | | | A | | | |
| Inspeccion preoperacional de Maquina | DIARIO-SEMANA | | A | E | A | E | A | E | A | E | A | | A | | A | | A | | A | | A | | A | | A | |
| Inspeccion preoperacional de compactador manual | DIARIO-SEMANA | | A | E | A | NA | A | NA | A | NA | A | | A | | A | | A | | A | | A | | A | | A | |
| Inspeccion preoperacional de Motobomba | DIARIO-SEMANA | | A | NA | A | NA | A | NA | A | NA | A | | A | | A | | A | | A | | A | | A | | A | |
| Inspeccion preoperacional de Mezcladora de concreto | DIARIO-SEMANA | | A | NA | A | E | A | NA | E | E | A | | A | | A | | A | | A | | A | | A | | A | |
| Inspeccion preoperacional de pulidora | DIARIO-SEMANA | | A | E | A | E | A | E | A | E | A | | A | | A | | A | | A | | A | | A | | A | |
| inspeccion de equipos contracaida | MENSUAL | | | | | | A | NA | | | | | | | A | | | | | | | | A | | | |
| Inspeccion preoperacional cortadora | DIARIO-SEMANA | | A | NA | A | NA | A | NA | A | NA | 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:<br><br>Auxiliar SST<br>A: PROGRAMADA E: EJECUTADA<br>NA- No aplico en actividades del periodo<br>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:<br><br>Auxiliar SST<br>A: PROGRAMADA E: EJECUTADA<br>NA- No aplico en actividades del periodo<br>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:<br><br>Auxiliar SST<br>A: PROGRAMADA E: EJECUTADA<br>NA- No aplico en actividades del periodo<br>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:<br><br>Auxiliar SST<br>A: PROGRAMADA E: EJECUTADA<br>NA- No aplico en actividades del periodo<br>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:<br><br>Auxiliar SST<br>A: PROGRAMADA E: EJECUTADA<br>NA- No aplico en actividades del periodo<br>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 | INSPECCIÓN AMBIENTAL GENERAL | VERSION 1<br>COD: SST -026 |
|---|---|---|

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

FECHA 20/09/2024 FRENTE: OBRA.

CALIFICAR COMO: B: BUENO; M: MALO; N/A: NO APLICA

| ASPECTO A INSPECCIONAR | CALIFICACION B | M | N/A |
|---|---|---|---|
| **1. MANEJO DE RECURSOS NATURALES** | | | |
| Esta disponible el plan de manejo ambiental del proyecto para consulta | X | | |
| La matriz de aspectos e impactos ambientales está disponible en el sitio y está divulgada | X | | |
| Registro de Charla Ambiental por lo menos 1 a la semana (se verifica la última semana) | X | | |
| Se tienen los registros de entrega de residuos diligenciados adecuadamente | X | | |
| Se han realizado los trámites y permisos para el manejo de especies forestales (traslado o derrumbe de arboles) | X | | |
| Adecuada manipulación / disposición de capa vegetal de descapote | X | | |
| Proveedor de madera posee permiso de Tala, Salvoconducto de movilización de madera y permiso de comercialización | X | | |
| Proveedor de materiales petreos cuentan con los Titulos Mineros (Canteras de materiales pétreos) o Permiso de explotación (Material de arrastre de rio) | X | | |
| La última entrega de agua industrial la realizó una compañia autorizada con permiso de concesión de aguas | X | | |
| Ninguna actividad de mantenimiento realizada en este periodo provocó vertimientos al sistema de alcantarillado | X | | |
| Señalización alusiva al cuidado y preservacion del medio ambiente | X | | |
| **2. MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS** | | | |
| Punto(s) Ecológico(s) para residuos aprovechables y no aprovechables | X | | |
| Señalización para la clasificación de residuos (en canecas o en el punto ecológico) | X | | |
| Los residuos depositados se encuentran bien clasificados de acuerdo al código de colores establecido | X | | |
| Punto(s) Ecológico(s) y sitio(s) de acopio para residuos sin exceder capacidad de almacenamiento | X | | |
| Sitio(s) de acopio no evidencia la presencia de vectores como moscas, roedores, cucarachas, etc. | | | X |
| Lavado y desinfección de canecas | X | | |
| Los escombros bien almacenados (protegidos del sol y agua) y debidamente señalizados | X | | |
| Escombrera autorizada para la disposición de escombros | X | | |
| Las llantas están bien almacenadas (sin contacto directo con piso, protegidos del sol y agua) y debidamente señalizacas. | | | X |
| Disposición de llantas con programa post-consumo o proveedor Lic. Ambiental | | | X |
| La chatarra está bien almacenada (sin contacto directo con piso, protegidos del sol y agua) y debidamente señalizada | | | X |
| Disposición de chatarra con proveedor autorizado | | | X |
| **3. MANEJO DE RESIDUOS PELIGROSOS** | | | |
| Los residuos peligrosos tienen un almacenamiento inferior a 1 año y sin contacto directo con piso, protegidos del sol y agua | X | | |
| Proveedor con Licencia Ambiental para la disposición de residuos peligrosos | X | | |
| Proveedor en la recolección cumple con el Decreto 1609 de 2002 para transporte de Sust. Quimicas | X | | |
| Certificado de la última entrega de residuos peligros (si ya se tiene: certificado de disposición) | | | X |
| Se tiene un contenedor especial para residuos peligrosos biosanitarios provenientes de la atención de emergencias | | | X |

| ASPECTO A INSPECCIONAR | CALIFICACION B | M | N/A |
|---|---|---|---|
| **4. MANEJO DE RESIDUOS LIQUIDOS (Unidades Sanitarias)** | | | |
| Unidades sanitarias en buena condición, funcionalidad, sin posibles filtraciones o derrames y normas mínimas de higiene | X | | |
| Disposición de residuos líquidos contaminados con proveedor autorizado | | | X |
| Certificado de la última entrega de residuos liquidos contaminados | | | X |
| Canecas o tanques de almacenamiento de residuos liquidos contaminados en buen estado (condición, funcionalidad, posibles filtraciones o derrames) y dentro de un sistema de contencion en caso de derrame | X | | |
| **5. MANEJO Y ALMACENAMIENTO DE ACEITES** | | | |
| No se evidencian derrames ni contaminacion del suelo por aceites | X | | |
| El área de almacenamiento de combustible evitando contacto directo con el piso, está señalizada, lejos de fuentes de chispa y dentro de un sistema de contencion en caso de derrame | X | | |
| Los tambores o envases de aceites se encuentran rotulados y la tarjeta de emergencia de aceite usado | X | | |
| Disposición con proveedor autorizado para tratamiento de aceites o disposición de residuos peligrosos | X | | |
| Certificado de la última entrega de aceites usados | | | X |
| **6. COMBUSTIBLES FÓSILES (ACPM, Gasolina, etc.)** | | | |
| El área de almacenamiento de combustible evitando contacto directo con el piso, está señalizada, lejos de fuentes de chispa y dentro de un sistema de contencion en caso de derrame | X | | |
| Certificado de Calidad combustible disponible | X | | |
| Control del uso eficiente del combustible fósil (ACPM, Gasolina) | X | | |
| Se mantienen los equipos apagados en el tiempo en que el personal no se encuentra en el puesto de trabajo | X | | |
| **7. ATENCION DE EMERGENCIAS** | | | |
| El kit de derrames cuenta como mínimo con: Bolsas rojas, tela oleofílica, pala, guantes nitrilo y monogafas | X | | |
| Se tiene Kit de derrames cerca del lugar de almacenamiento temporal de residuos líquidos peligrosos | X | | |
| Se tiene Kit de derrames cerca de equipo estacionario con potencialidad de derrame de derivados de hidrocarburos | X | | |
| Se tiene Kit de derrames para vehiculo dentro del mismo | X | | |
| Extintor de 20 lb multiproposito, cerca al lugar de almacenamiento temporal de residuos peligrosos | X | | |
| Hojas de seguridad de las sustancias químicas disponibles y divulgadas | X | | |
| Dique provisional en cada equipo estacionario con potencialidad de derrame de derivados de hidrocarburos | X | | |
| Procedimiento operativo para atención de emergencias ambientales (derrames menores, mayores, fugas) disponible | X | | |
| Telefonos de contacto de policia ambiental en caso de encuentro con animales (abejas, serpientes, otros) | X | | |
| Se han realizado simulacros para posibles emergencias ambientales | | | X |
| Las brigadas han recibido capacitación en control de derrames, manejo del kit antiderrames, compatibilidad de sustancias quimicas, manejo de residuos peligrosos | X | | |

HOSPITAL SUCRE

INSPECCION AMBIENTAL GENERAL

COD: SST -026

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Si se hace mantenimiento en sitio se disponen los residuos peligrosos resultantes | X | | | Se tiene un contenedor especial para residuos peligrosos biosanitarios provenientes de la atención de emergencias médicas | | | X |
| Los envases impregandos de derivados de hidrocarburos se disponen como residuos peligrosos | X | | | | | | |
| Los residuos de actividades metalmecánicas se disponen como residuos peligrosos (discos pulidora, colillas) | X | | | Se disponen los medicamentos vencidos provenientes de los botiquines en los puntos de recolección autorizados | | | X |

| ASPECTO A INSPECCIONAR | CALIFICACION B | M | N/A | ASPECTO A INSPECCIONAR | CALIFICACION B | M | N/A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **8. EMISIONES Y RUIDO AMBIENTAL** | | | | **9. TOMA DE CONCIENCIA** | | | |
| Se observan emisiones de material particulado a la atmosfera | | | X | Los trabajadores conocen y entienden la politica ambiental | X | | |
| Aislamiento de áreas a traves de polisombra, barreras o medidas para la disminución de emisiones | X | | | Se realizan actividades que involucren a los trabajadores con la preservación del medio ambiente | X | | |
| Se observan emisiones móviles anormales provenientes de una máquina, equipo o vehículo | | | X | Los trabajadores conocen los aspectos e impactos ambientales asociados a sus actividades | X | | |
| Certificados vigentes de gases y Revisión Técnico Mecánica de vehículos | X | | | El personal conoce e identifica la clasificación de residuos. (Entrevistar personal) | X | | |
| Placa: Fecha vencimiento RTM: Kilometraje: Fecha último Mtto: | X | | | Capacitaciones promoviendo la conciencia ambiental | X | | |
| Placa: Fecha vencimiento RTM: Kilometraje: Fecha último Mtto: | X | | | Condiciones de orden y aseo: residuos no dispuestos en los puntos ecológicos, canecas tumbadas, sustancias químicas fuera de su dique de almacenamiento | X | | |
| Mantenimientos vigentes de máquina, equipo o vehículo | X | | | | | | |
| Tipo: Modelo: Horas: Fecha último Mtto: | X | | | Se evidencia el conocimiento por parte del personal de como actuar ante un derrame o fuga | X | | |
| Tipo: Modelo: Horas: Fecha último Mtto: | X | | | Se conoce las medidas ambientales de las sustancias químicas de las Hojas de Seguridad: Medidas en caso de Incendio; Manejo y almacenamiento; Estabilidad y Reactividad; Información ecológica; Consideraciones de disposición; Información sobre transporte | X | | |
| Tipo: Modelo: Horas: Fecha último Mtto: | X | | | | | | |

**OBSERVACIONES**

Se realizan charlas de sensibilización ambiental a todos los trabajadores en obra, esto con el fin de contribuir al medio ambiente, proteger la flora y la fauna durante la ejecución de la obra.

**HALLAZGOS**

Se debe realizar divulgación al responsable en el área junto con el personal HSE del área, para asegurar el entendimiento y necesidades para el cierre de los hallazgos:

| HALLAZGOS | PLAN ACCIÓN | RESPONSABLE |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| INSPECCIONÓ AUXILIAR SST | FIRMA COORDINADOR SST |
|---|---|
| NOMBRE Y CARGO: Stephany | NOMBRE Y CARGO: |
| FIRMA: | FIRMA: |

| CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | VERSIÓN: 1 |
|---|---|---|
| | | COD. SST-F09 |
| | 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: | 20/09/2024. |
| UBICACION: | Campamento — SEÑALIZACIÓN: SI ✓ NO _ |

| ITEM | INSUMO | CANTIDAD | CONTIENE | NO CONTIENE | FECHA DE EXPIRACION | REGISTRO INVIMA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Isodine espuma | 1 | 1 | | 2/2/26. | |
| 2 | Isodine solución | 1 | 1 | | 03/26. | |
| 3 | Gasa aséptica | 0 | | ✓ | | |
| 4 | Curas | 0 | | ✓ | | |
| 5 | Venda elastica 3x5 | 1 | 1 | | N/P. | |
| 6 | Alcohol | 1 | 1 | | 04/26. | |
| 7 | Micropore Rollo | 1 | ✓ | | | |
| 8 | Algodón paquete (25 gr) | 0 | | ✓ | | |
| 11 | Sales de rehidratación oral, | 0 | | ✓ | | |
| 12 | Baja lenguas (paquete x 20) | 20 | ✓ | | 12/2028 | |
| 13 | Solución salina o agua estéril 250 ml | 1 | ✓ | | NOV/25. | |
| 14 | acetamofen | | | | | |
| 15 | tijeras | 1 | ✓ | | | |
| 16 | Jabón | 0 | | ✓ | | |
| 17 | Tapabocas | 0 | | ✓ | | |
| 18 | Baja lenguas | 20 | ✓ | 1 | 12/2028. | |
| | Otros: | | ✓ | | | |
| | Esparadrapo. | | | | | |
| | Guantes | 7 | ✓ | | | |

OBSERVACIONES :

RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN DE LA INSPECCIÓN

FIRMA COORDINADOR SST

Stepharny Covay.

FIRMA AUXILIAR SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

# REGISTRO PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA PESADA/EQUIPOS.

VERSION 1

Cod: [illegible]

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

MODELO: | SEMANA DEL: 08/09/24 al 14/09/24. | SERIAL:

CONTRATO 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 / PANEL 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 (Izquierda, Derecha) | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| | *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 exterior | | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | *Espejos laterales | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| | *Alarma de retroceso | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Pito | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | * Freno de servicio | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | * Freno de estacionamiento | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | *Cinturones de seguridad | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Vidrio Panorámico | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| | Kit para Derrames | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| | *Extintor de incendios Capacidad: 5lb | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | *Cabina antivuelco (R.O.P.S) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Asiento | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Cinturones y anclajes de asiento | | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Llantas buen estado (sin sorteduras profundas y sin ponchaduras) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Presion de aire de las llantas | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| MECANICO | * Sacudimiento | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | * Dirección | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Estado de pasadores | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Estado y tensión de las correas | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Estado de pedales | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Estado de Cargas (tenidamadas) | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| | Mecanismo de alto y estacionamiento operables | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Estado de las Hojas de empuje o Nivelacion | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Mecanismo de giro (Tornamesa) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | *Bomba Hidráulica | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | *Cornos de herramientas en buen estado | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | *Mandos de cuernos | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | * Mando de estacionamiento | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Estado general desgarrador (bolillo) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | *Mandos de levanta del brazo | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Estado de filtro de aire | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Estado de filtro de combustible | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Pasadores y bombas en buen estado | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | * Estado de cilindro (amortiguadores) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | * Resguardos | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Articulacion contrapeso | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Guardas | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Estado del basador | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Ausencia de ruidos extraños en el motor | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | *Motor sin goteo | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Exosto (Humo de escape) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |

Operador: Firma: Iveys Iveys Iveys Iveys Iveys Iveys

Autorización para uso de Máquina por Ing. Residente: Firma:

| DIA | OBSERVACIONES |
|---|---|
| LUNES | |
| MARTES | |
| MIERCOLES | |
| JUEVES | |
| VIERNES | |
| SABADO | |
| DOMINGO | |

(*) Incumplimiento en cualquiera de los ítems (*) calificado de inhabilitado para operar.

Para efectos de los fines aquí establecidos se le agrega [illegible] los diferentes [illegible] el suscrito Residente Técnico/Interventor de la Obra, para que realice la comunicación del cumplimiento de la [illegible] a la maquinaria [illegible]. Un positivo al inicio del respectivo uso el incumplimiento de cualquiera de los [illegible].

CONSTANCIA DE NOTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN

Con el diligenciamiento del presente documento se [illegible] de manifiesto, para constancia de lo anterior se firma en el Municipio de [illegible] a los [illegible] días del mes de [illegible] de [illegible].

NOTA: [illegible]

Stephany C.
Auxiliar SST

Vo. Bo.
Coordinador SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

# REGISTRO PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA PESADA/EQUIPOS.

VERSIÓN 1

Cod. SST-F45

TIPO DE MAQUINA/EQUIPO: Mini cargador · MARCA: New Holland

MODELO: SEMANA DEL: 16/09/24 al 21/09/24 SERIAL:

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 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 , conexiones y retenes (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) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Aseo | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Escalera y agarres de acceso | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| | Llantas buen estado (sin sobrecargas 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 Cargas (embalajados) | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| | Mecanismo de giro y estabilización oscilante | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Estado de las Hojas de empuje o Nivelación | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Mecanismo de giro (Tornamesa) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | *Bomba Hidráulica | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Correa de herramienta en buen estado | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | *Mangos de agarre | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | * Mando de estacionamiento | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Estado general desplazador (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) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | * Resguardos | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Anclajes de contrapeso | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Guardas | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Estado del bastidor | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Ausencia de ruidos extraños en el motor | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | *Motor sin goteos | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Escape (Humo de escape) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Operador: Firma | | Ivan S | | Ivan S | | Ivan S | | Ivan S | | Ivan S | | Ivan S | | Ivan S | |
| | Autorización para uso de Máquina por Ing. Residente: Firma | | | | | | | | | | | | | | | |

| DIA | OBSERVACIONES |
|---|---|
| LUNES | |
| MARTES | |
| MIERCOLES | |
| JUEVES | |
| VIERNES | |
| SABADO | |
| DOMINGO | |

(*) Marcar con una (X) la casilla de no aplica para operar.

Para efectos de Sst tenga en cuenta las siguientes indicaciones en la opción (mal), se deberá reportar las observaciones encontradas al Ingeniero Residente, Coordinador(a) de la Obra para que ordene la suspensión de responsable de maquinaria o equipo, y la vida Colectiva las acciones a seguir de acuerdo con el concepto de condiciones.

CONTABLE DE VERIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN

Con la firma del registro de Ingeniero, responsable de verificación de la maquinaria o equipo, declara haber realizado actividades en el Proyecto, acorde a lo establecido en las normas vigentes.

| FIRMA | |
|---|---|
| Nombre: | Stephany Gonzalez |
| Cargo: | Auxiliar SST |
| Vo. Bo. | |
| Nombre: | |
| Cargo: | Coordinador SST |

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

# REGISTRO PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA PESADA/EQUIPOS.

VERSION 1

Cod: SST-F43

TIPO DE MAQUINA/EQUIPO: Mun cargador. MARCA: New Holland

MODELO: SEMANA DEL: 02/09/24 - 07/09/24. SERIAL:

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 CONTRO | 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 (Reflectiv) | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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: 5lbs | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | *Cabina antivuelco (R.O.P.S) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Asiento | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Escalerilla y agarres de acceso | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| | Llantas buen estado (sin hendiduras profundas y sin ocultamientos) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Presion de aire de las llantas | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| MECANICO | * Servotransmisión | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | * Dirección | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Estado de pasadores | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Estado y tensión de las correas | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Estado de pedales | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Estado de Cauchos (tensionados) | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| | Mecanismo de giro y articulación cuchillas | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Estado de las Hojas de empuje o Niveladora | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Mecanismo de giro (Tornamesa) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | *Bomba Hidráulica | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| | Correa de tensionada 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 cuerpo | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Guayras | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Estado del basidor | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Ausencia de ruidos extraños en el motor | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | *Motor sin goteo | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Escape (Humo de escape) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Operador Firma | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Autorización para uso de Máquina por ing. Residente Firma | | IVAN S | | IVAN S | | IVAN S | | IVAN S | | IVAN S | | IVAN S | | | |

| DIA | OBSERVACIONES |
|---|---|
| LUNES | |
| MARTES | |
| MIERCOLES | |
| JUEVES | |
| VIERNES | |
| SABADO | |
| DOMINGO | |

El incumplimiento de cualquiera de los ítems (*) impedirá el ingreso para operar.

Para efectos de los ítems que no cumplan con las especificaciones establecidas en la casilla (mal) se deberá reportar las observaciones encontradas al Maquinista Residente, Técnico/Inspector de la Obra, para que sean levantadas por el responsable de la maquinaria y/o equipo, y este determine las acciones a seguir de acuerdo con el cronograma y plazos establecidos.

CONTINUIDAD DE LA OPERACIÓN Y ACTIVIDAD

En el evento rapido de Buena operación general se encuentra que el numero de ocupantes supera el autorizado en el Proyecto, genera suspensión inmediata de la actividad.

| SIGLAS | |
|---|---|
| TPC | Capacitado en mantenimiento con énfasis en Trabajo de Alturas. |
| ENTRENADO | Capacitado según la resolución 4272 del 2021 emitida por el Ministerio del Trabajo de Colombia. |
| No. CERTIFICADO | Identificación del trabajador según el Certificado Médico Ocupacional. |
| MAESTRO | Alta Experiencia en el Maquina. |
| LAPIDADO | Capacitado según la Ley No. Reglamentaria para el uso de Maquinaria. |
| N.A. | No aplica. |
| SUPERVISOR | MAESTRO M |

Stephany Carrillo
Firma
Nombre
Auxiliar SST

Vo. Bo.
Firma
Nombre
Coordinador SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

# REGISTRO PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA PESADA/EQUIPOS.

VERSIÓN 1

Cod: SST #48

TIPO DE MAQUINA/EQUIPO: Retrocargador MARCA: Hyundai

MODELO: 2023 SEMANA DEL: 02/09/24 al 07/09/24 SERIAL: NHKHU6011W0001578

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 | H/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 transmision (verificar ausencia de fugas) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | *Nivel del sistema hidraulico (verificar ausencia de fugas) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | *Nivel del fluido de refrigerante del sistema de enfriamiento (verificar ausencia de fugas) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | *Mangueras, tubos , conexiones y racores (verificar ausencia de fugas) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| GENERAL | *Espejo central posterior | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | *Espejos laterales | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | *Alarma de retroceso | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | Pito | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | * Freno de servicio | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | * Freno de estacionamiento | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | *Cinturones de seguridad | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | Vidrio Panorámico | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | *Kit para Derrames | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | *Extinto de Incendios Capacidad: | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | *Cabina antivuelco (R.O.P.S) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | Asiento | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | Escaleras y apoyos de acceso | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | Llantas buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | Presión de aire de las llantas | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| MECÁNICO | * Servotransmisión | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | * Dirección | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | Estado de pasadores | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | Estado y tensión de las correas | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | Estado de pedales | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | Estado de Cruzas (tensionadas) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | Mecanismo de giro y estabilización auxiliar | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | Estado de las Hojas de empuje o Nivelación | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | Mecanismo de giro (Tornamesa) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | *Bomba Hidráulica | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | Correa de tornamesa en buen estado | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | *Mandos de avance | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | * Mando de estacionamiento | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | Estado general descargador (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 (amortiguadores) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | * Resguardos | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | Anclajes de contrapeso | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | Guardas | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | Estado del bastidor | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | Ausencia de ruidos extraños en el motor | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | *Motor sin gritas | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | Escape (Humo de escape) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | |
| | Operador: Firma | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Autorización para uso de Máquina por Ing. Residente: Firma | | | | | | | | | | | | | | | |

| DIA | OBSERVACIONES |
|---|---|
| LUNES | |
| MARTES | |
| MIERCOLES | |
| JUEVES | |
| VIERNES | Se revisa. |
| SABADO | |
| DOMINGO | |

Si existe algún ítem de calificación de No Bueno (X) inhabilite la máquina para operar.

Para el caso de los ítems que se requieran subsanación en la casilla (mal) se deberá relacionar las observaciones y acciones al Ing. o Arq. Residente, Técnico, Inspector de la Obra, para que tome las correcciones del responsable de la maquinaria y/o equipos, y así determine las acciones a seguir de acuerdo con el programa de mantenimiento.

CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN

Con el presente acepto de haber sido instruido/capacitado en la actividad de Preoperacional realizar adecuadamente el Preoperacional de la maquinaria.

NOTAS:

TPO: Cuando se encuentre en estado Bueno (B) o Malo (M).
PREVENCIÓN: Identificación de la causa del mantenimiento realizado por la Mano o Fabricante de la Maquinaria.
No. INTERNO: Identificación interna asignada por la Alkosto, propietaria del Proyecto.
MODELO: Año de fabricación de la Maquina.
EMPRESA: Nombre del contratista de la maquinaria o equipo a revisar.
Año Proyecto
SERIAL DE MAQUINA

(Firma)
(Nombre)
Auxiliar SST

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

| 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 | 20/09/2024. | | |
| COORDINADOR SST | Luis Salgado | AUXILIAR SST | Stephanny Garay. |

| TIPO DE EXTINTOR | CLASE AGENTE EXTINTOR | CAPACIDAD | FECHA | | UBICACIÓN | CONDICIONES DEL EXTINTOR | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | ACTUAL | PROXIMA | | 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 | Multiproposito | 10lbs. | 07/24 | 07/24 | 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 doblada 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 el 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 tener o 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. | Tronzadora | | | SERIE: | |
| ACTIVIDAD: | corte de acero | | | MARCA: | |
| SEMANA DEL | 02 Sept. | AL | 7 Sept | 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 semanal[redacted] 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**

| | | |
|---|---|---|
| Iván Cavadía | Stephanny. | |
| **FIRMA DEL OPERADOR** | **FIRMA AUXILIAR SST** | **FIRMA SUPERVISOR SST** |
| **NOMBRE** | **NOMBRE** | **NOMBRE** |

| 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. | Tronzadora | | | SERIE: | — 0 — |
| ACTIVIDAD: | Corte de acero | | | MARCA: | Makita |
| SEMANA DEL | 02 Sept | AL | 07 Sept | 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 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

| | | |
|---|---|---|
| Anlus | Stephanny | |
| FIRMA DEL OPERADOR | FIRMA AUXILIAR SST | FIRMA SUPERVISOR SST |
| NOMBRE | NOMBRE | NOMBRE |

919 / 963

| 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: | — | |
| SEMANA DEL | 9 Sept | AL | 14 Sept | 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 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

| | | |
|---|---|---|
| Wendith | Stephanny | |
| 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: CO

SEMANA: DESDE 02/09/2024 HASTA 07/09/24.

| 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 | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | | |
| Palas 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 item 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 | NOMBRE |

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

| PROYECTO | CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE |
|---|---|
| FECHA | 20 Sept 2024 |

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

| ITEM | DESCRIPCIÓN | ESTADO BUENO | ESTADO MALA | ESTADO NA | NO/SI |
|---|---|---|---|---|---|
| A | **HERRAMIENTAS MANUALES** | | | | SI |
| 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 | | | | NO |
| 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 | | | ✓ | NO |
| 4 | Las limas disponen de sus mangos y no están rotas o sucias | | | ✓ | NO |
| 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 | | | ✓ | NO |
| C | **HERRAMIENTAS DE GOLPE** | | | | |
| 1 | Se emplea el martillo adecuado según la labor | ✓ | | | SI |
| 2 | Sus caras y bordes están en buen estado | ✓ | | | SI |
| 3 | Su mango no está quebrado, astillado ni flojo | ✓ | | | NO |
| D | **HERRAMIENTAS DE TORSION - LLAVES** | | | | |
| 1 | Cuentan con llaves de pulgadas y milimétricas | ✓ | | | SI |
| 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 | | | ✓ | NO |
| 5 | La herramienta para electricista cuenta con el aislamiento adecuado y son probadas frecuentemente | | | ✓ | NO |
| 6 | La punta y cabo de los destornilladores se encuentran en buen estado | | | ✓ | NO |
| 7 | Se dispone de herramientas que no produzcan chispas. | ✓ | | | SI |
| E | **HERRAMIENTAS ELECTRICAS** | | | | |
| 1 | Las herramientas según Las adecuadas según el riesgo (humedad, vapores) | ✓ | | | SI |
| 2 | Se emplean los elementos de protección personal de acuerdo con la herramienta empleada | ✓ | | | SI |
| 3 | Están limpia y lubricadas | ✓ | | | SI |
| 4 | Tienen sus guardas | ✓ | | | SI |
| 5 | Posee aislamiento doble o conexión a tierra por enchufe de tres patas | ✓ | | | SI |
| 6 | El cable y enchufe no presentan daños | ✓ | | | NO |
| 7 | En los taladros se observa el mandil con golpes | ✓ | | | NO |
| 8 | Brocas sin filo o se ha reducido su diámetro para taladros pequeños | ✓ | | | NO |
| 9 | Los esmeriles cuentan con guardas y los soportes de los discos o piedras son los adecuados | | | ✓ | NO |
| 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 | ✓ | | | NO |
| F | **HERRAMIENTA NEUMATICA** | | | | |
| 1 | Las mangueras y acoples se encuentran en buen estado | ✓ | | | SI |
| 2 | Se emplean elementos de protección personal de acuerdo con la herramienta | ✓ | | | SI |
| 3 | Se trabaja a las presiones indicadas | ✓ | | | SI |
| 4 | La herramienta es descargada al terminar. | ✓ | | | SI |

OBSERVACIONES

COORDINADOR SST

Stephanny Garay.
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** Minicargador Case

**OPERADOR:** Andrés Daguer **FECHA:** 20 Sept 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 | (N) |
| 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 | (N) | - 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 | (N) |
| - 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 | (N) | OTROS: | |
| - Está dotado de banderas de señalización | (N) | - Retiro de elementos innecesarios | (V) |
| - Está dotado de extintor | (N) | **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 | | | | | |

| 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** 1 Minicargador New Holland.

**OPERADOR:** Iván Salgado. **FECHA:** 20 Sept 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 | (X) | - 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 | (N) | - 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 | (X) |
| - Estado de cargador y balde | (V) | - Verifica en el área existencia de tuberías, cableado eléctrico o ductos. | (V) |
| - Estado de retrovisores | (X) | - Emplea el lenguaje de señales con sus ayudantes | (V) |
| - Estado malacates o diferenciales | (N) | OTROS: | |
| - Está dotado de banderas de señalización | (N) | - 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 | | | | | |

| 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:** | 02/09/2023. |

**LISTA DE VERIFICACION**

| NOMBRES Y APELLIDOS | CASCO B | CASCO M | TAPABOCAS B | TAPABOCAS M | BARBIQUEJO B | BARBIQUEJO 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Iván Darío Garay Gloria. | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | REPOSICION: GUANTES ✓ GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL |
| Juan David Correa | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | REPOSICION: GUANTES ✓ GAFAS ✓ CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVERO. |
| Daniel Monterroza | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | REPOSICION: GUANTES ✓ GAFAS ✓ CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVERO. |
| Yofrun Suarez. | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | REPOSICION: GUANTES ✓ GAFAS ✓ CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVERO. |
| Luis Sepúlveda. | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | REPOSICION: GUANTES ✓ GAFAS ✓ CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVERO. |
| Juan David Ramos | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | REPOSICION: GUANTES ✓ GAFAS ✓ CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVERO. |
| Jhonny Doria. | ✓ | | ✓ | | | | | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | REPOSICION: GUANTES ✓ GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVERO. |
| Andres Felipe España | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | ✓ | | | | | | REPOSICION: GUANTES ✓ GAFAS ✓ CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL |
| Hugo Garay Gloria | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | REPOSICION: GUANTES ✓ GAFAS ✓ CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL |
| Jorge Cantillo. | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | REPOSICION: GUANTES ✓ GAFAS ✓ CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL |
| Mateo Otero | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | | | ✓ | | | | | | | | | | | | | | REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL |
| Diego Barrera | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | REPOSICION: GUANTES ✓ GAFAS ✓ CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL |
| Jesus Yanez | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | REPOSICION: GUANTES ✓ GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL |
| Eduardo palmera | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | REPOSICION: GUANTES ✓ GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL |
| Carlos Blanquicet. | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | | REPOSICION: GUANTES ✓ GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL |
| Alexander Vergara | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | REPOSICION: GUANTES ✓ GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL |
| Juan Fernando Bravo | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | REPOSICION: GUANTES ✓ GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL |
| Gustavo Ramos Diaz | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | REPOSICION: GUANTES ✓ GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL |
| Diana María Murillo. | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | REPOSICION: GUANTES ✓ GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL |
| Hernan Monsalvo | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | REPOSICION: GUANTES ✓ GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL |
| Javier Barreto | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | REPOSICION: GUANTES ✓ GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL |
| Johan Sebastián Zuñiga | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | REPOSICION: GUANTES ✓ GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL |
| Roberto Antonio Agamez | ✓ | | ✓ | | | | ✓ | | | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | 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 |

| 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 23/09/24 HASTA 28/09/24.

| 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. | NOMBRE |

CONSORCIO CMO
HOSPITAL SUCRE

# REGISTRO PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA PESADA/EQUIPOS.

VERSION 1

TIPO DE MAQUINA/EQUIPO: Minicargador MARCA: Case

MODELO: 2024 SEMANA DEL: 16/09/24 - 21/09/24. SERIAL: JFASE220EPM428816.

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 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 | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| HERMETICO | *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, conectores 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 | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| | Visino Panorámico | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| | *Kit para Derrames | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| | *Extintor de Incendios Capacidad | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | — | | — | | ✓ |
| | *Cabina antivuelco (R.O.P.S) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| | Asiento | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| | Escalones 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 (lenterinadas) | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| | Mecanismo de giro y articulación cuchillas | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| | Estado de las Hojas de empuje o Nivelación | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| | Mecanismo de giro (Tornamesa) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| | *Bomba Hidráulica | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| | Cañon 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 bombas en buen estado | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| | * Estado de cilindro (Amortiguadores) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| | * Resguardos | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| | Ambitos de contrapeso | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| | Guardas | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| | Estado del basidor | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| | Ausencia de ruidos extraños en el motor | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| | *Motor sin goteras | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| | Existo (Humo de escape) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| | Operador Firma | | [signature] | | [signature] | | [signature] | | [signature] | | [signature] | | [signature] | | [signature] | |
| | Autorización para uso de Máquina por Ing. Residente Firma | | [signature] | | [signature] | | [signature] | | [signature] | | [signature] | | [signature] | | [signature] | |

| Día | OBSERVACIONES |
|---|---|
| LUNES | |
| MARTES | |
| MIERCOLES | |
| JUEVES | |
| VIERNES | |
| SABADO | |
| DOMINGO | |

(*) Inspeccionar los cuadrantes de las Firma (*) Inhabilita la máquina para operar.

Para el caso de los ítems que no aplican/no existen en la opción (N/A), se deberá registrar las observaciones correspondientes al Ingeniero Residente Técnico/Interventor de la Obra, para que emita la autorización al responsable de la maquinaria y/o equipos, y este determine las acciones a seguir de acuerdo con el diagnóstico de inhabilitación.

CONSTANCIA DE ENTREGA Y ACEPTACION

Con el presente registro de fichas preoperacional de maquinaria, yo (la persona) del Proyecto, acepto y autorizo a operar el(los) equipo(s) relacionados en el Proyecto, teniendo en cuenta las recomendaciones de los fabricantes.

| RIESGO | |
|---|---|
| | PRE: Evitar el accidente que pueda afectar la función de la Maquina. |
| | INTERVENCION: Clasificación según la severidad y escalamiento frente a la Matriz o Formato de la Empresa. |
| | De ENTORNO: Identificar el riesgo analizado por las Maquinas, encontrados al Proyecto. |

RIESGO: Nivel de Valoración de la Maquina.
SEÑALIZAR: Señalizar el entorno en la Maquina para que el Operador y Auxiliar lo identifique.
S.S. No aplica

RIESGO: B
MALO: M

(Firma)
(Nombre)
Auxiliar SST

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

CONSORCIO CMO
HOSPITAL SUCRE

# REGISTRO PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA PESADA/EQUIPOS.

VERSIÓN 1

TIPO DE MAQUINARIA/EQUIPO: Minicargador MARCA: Case

MODELO: 2024 SEMANA DEL: 02/09/24 al 07/09/24 SERIAL: JAFSR270EPM 228816

OBJETO DE CONTRATO:

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

| REVISIÓN Y/O ACCIONES DE CONTROL | ITEM DE REVISIÓN | BIA | LUNES | | MARTES | | MIERC. | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | SSH | SAL | SSH | SAL | SSH | SAL | SSH | SAL | SSH | SAL | SSH | SAL | SSH | SAL |
| | Funcionamiento y ruidos 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 (Reflectiv) | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| | Nortales de giro (delantero, trasero) | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| | *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/o bujones (verificar ausencia de fugas) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| GENERAL | *Espejo central convexo | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | *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) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Asiento | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Cristales y espejos de acceso | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Llantas buen estado (sin cortaduras pinchazos y enllantamientos) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Presión de aire de las llantas | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| MECANICO | * Servotransmisión | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | * Dirección | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Estado de pasadores | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Estado y tensión de las correas | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Estado de pedales | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Estado de Cruzas (articulación) | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| | Mecanismo de giro y articulación cuchillas | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Estado de las Hojas de empuje y Nivelación | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Mecanismo de giro (Tornamesa) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | *Bomba Hidraulica | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Cilindros de levantamiento en buen estado | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | *Mandos de avance | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | * Mando de estacionamiento | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Estado general (desgastes /holgu) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | *Mandos de levante del brazo | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Estado de filtro de aire | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Estado de filtro de combustible | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Mangueras y terminales en buen estado | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | * Estado de cilindro (amortiguadores) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | * Retrovisores | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Angulos de cuchillas | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Guardas | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Estado cat bandolor | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Ausencia de nidos naturales en el motor | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | *Motor sin grietas | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Escape (Humo de escape) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Operador: Firma | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Autorización para uso de Maquina por Ing. Residente: Firma | | | | | | | | | | | | | | | |

| DIA | OBSERVACIONES |
|---|---|
| LUNES | |
| MARTES | |
| MIERCOLES | |
| JUEVES | |
| VIERNES | |
| SABADO | |
| DOMINGO | |

*El incumplimiento de los numerales con (*) indicados, no indagara para operar

Firma el presente, los funcionarios autorizados en la version final, han revisado cumplan con especificaciones requeridas en el formulario. Cualquier incumplimiento de la Oficina antes citada, el responsable con la responsable sin resolver, y este funcionario bajo sanciones y bloqueo de maquinaria para el cumplimiento de mantenimiento.

SENTENCIA DE REVISIÓN Y ACEPTACIÓN

Cualquier anomalía reportada durante el mantenimiento, es responsabilidad del operador, el Residente, coordinador y supervisor de la obra realizada.

NOTAS:

TIPO: Cualquier mantenimiento correctivo o preventivo a realizar a la maquina.
OBSERVACIÓN: Especificar cualquier anomalía encontrada en la maquina, antes de ser reportada.
RESPONSABLE: Nombre del encargado de la maquina.
LUBRICANTE: Especificar el tipo de lubricante utilizado en el mantenimiento.
HOROMETRO: Registrar el horometro en el momento del mantenimiento.
FALLO: Si
FALLO: No

Operador / Auxiliar SST

Vo. Bo. Ing. Residente / Coordinador SST Stephanny

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

# REGISTRO PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA PESADA/EQUIPOS.

VERSIÓN 1

Cod. REF-FOR

TIPO DE MAQUINA/EQUIPO: Minicargador MARCA: Case

MODELO: 2024 SEMANA DEL: 23/09/24 - 28/09/24 SERIAL: JDFSRZ20EPM428816

OBJETO DE CONTRATO:

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

| HISTORIA DE LA SEMANA | ITEMS DE REVISIÓN | N/A | LUNES | | MARTES | | MIERC. | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | BIEN | MAL | BIEN | MAL | BIEN | MAL | BIEN | MAL | BIEN | MAL | BIEN | MAL | BIEN | MAL |
| ELECTRICO / AREAS DE CONTRO | Funcionamiento y estado 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) | | ✓ | | | | | | | | | | | | | |
| | Sentidos 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 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 convexo | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | *Espejos laterales | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | *Alarma de retroceso | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | Silla | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | * Freno de servicio | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | * Freno de estacionamiento | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | *Cinturones de seguridad | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | Vidrio Panoramico | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| | *Kit para Derrames | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | ✓ |
| | *Extintor de Incendios Capacidad: | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | |
| | *Cartilla antiderrames (R.O.P.S) | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | Asiento | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | Cinturón y apoyos de muslos | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | Llantas buen estado (sin sorteduras profundas y sin abultamientos) | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | Presión de aire en psi, llantas | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| MECANICO | * Semidireccionales | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | * Dirección | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | Estado de pasadores | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | Estado y tensión de las correas | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | Estado de pestillos | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | Estado de Orugas (templadas) | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| | Mecanismo de giro y nivelación correctos | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | Estado de las Hojas de empuje o Nivelación | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | Mecanismo de giro (Tornamesa) | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | *Bomba Hidráulica | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | Cuenta de tornamesa en buen estado | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | *Mandos de pluma | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | * Mando de estacionamiento | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | Estado general desgarrador (bastis) | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | *Mandos de levante del brazo | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | Estado de filtro de aire | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | Estado de filtro de combustible | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | Mangueras y bornillos en buen estado | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | * Estado de cilindro (amortiguadores) | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | * Resguardos | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | Anticipo de contrapeso | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | Guarnes | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | Estado del bastidor | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | Ausencia de nidos extraños 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 | |

(*) Marcar con una X, cualquiera de las fallas (*) impedirá la maquina para operar.

Para el inicio de las fases que se relacionan subsiguientes en la cartilla anexa, se deberá realizar las correspondientes socializaciones al Ingeniero Residente Transversal para que emita la autorización de mantenimiento de la misma durante un periodo, y este documento sea verificado al finalizar de manera que se evidencie el mantenimiento.

ESPACIO DE OBSERVACIONES Y RECEPCIÓN

| NOTA | TIPO: | RESPONSABLE: | CARGO: |
|---|---|---|---|
| | REFERENCIA: | APROBÓ: | FECHA: |
| | No. INTERNO: | | |

Firma: Stephanny G. Firma:

Nombre: Nombre:

Auxiliar SST Coordinador SST

CONSORCIO CMO
HOSPITAL SUCRE

# REGISTRO PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA PESADA/EQUIPOS.

VERSIÓN 1

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

MODELO: 2024 — SEMANA DEL: 01/08/24 - 14/08/24 — PLACA: JDF 5E 2206 part 4288116

OBJETO DE CONTRATO:

CONSTRUCCIÓN, 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 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MOTOR / EQUIPO | Funcionamiento y ruidos 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) | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| | Sentidos de giro (derecha, izquierda) | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| | Pluma | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| 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, bifes , conectores 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 | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Visor Panorámico | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| | *Kit para Derrames | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| | *Extintor de Incendios Capacidad | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | |
| | *Cabina antivuelco (R.O.P.S) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Asiento | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Escalones y agarres de acceso | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Llantas buen estado (sin cortaduras profundas y sin desbalanceos) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Presion de aire en las llantas | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| MECANICO | * Servofreno/embrague | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | * Direccion | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Estado de pasadores | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Estado y tensión de las correas | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Estado de juntas | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Estado de Cilindros Direccionales | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| | Mecanismo de alce y estabilizador cuchillas | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Estado de las Mangueras de empuje o Nivelación | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Mecanismo de giro (Tornamesa) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | *Bomba Hidraulica | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Cerraje de tornamesa en buen estado | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | *Nombre de aceites | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | * Manejo de estacionamiento | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Estado general neumaticos (bulto) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | *Nombre de lugares del bruto | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Estado de filtro de aire | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Estado de filtro de combustible | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Pasadores y bornes en buen estado | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | * Estado de cilindro (amortiguadores) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | * Resguardos | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Ampliacion de cuerpo/pluma | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Quemon | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Estado del bastidor | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Ausencia de fugas externas en el motor | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | *Motor sin ruidos | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Escape (Humo de escape) | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| | Operador | Firma | | | | | | | | | | | | | | |
| | Autorización para uso de Máquina por Ing. Residente | Firma | | | | | | | | | | | | | | |

| | OBSERVACIONES |
|---|---|
| DIA | |
| LUNES | |
| MARTES | |
| MIERCOLES | |
| JUEVES | |
| VIERNES | |
| SABADO | |
| DOMINGO | |

Stephanny G.

# Anexo 16, Inspección – listado de sustancias químicas

| 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: | | | | 09/09/24 | | | 16/09/24 | | | 23/09/24 | | | 27/09/2024 | | | 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 candados; no obstáculos en el área para acceso) | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 4 | Estado de empaque (maletín o bantl...) | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 5 | Maletín / Contenedor | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 6 | Bolsas Rojas | 2 | 2 | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 7 | Paño Absorbente tela Cleofilica | 1 | 1 | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 8 | Pala plástica | 1 | 1 | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 9 | Cinta de Señalización | 1 | 1 | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 10 | Etiquetas de residuos peligrosos | | | | | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | | ✓ | | | | |
| 11 | Overol Tyvek | | | | | ✓ | | | ✓ | | ✓ | | | ✓ | | | | |
| 12 | Gafas de seguridad | 1 | 1 | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 13 | Guantes de Nitrilo | 1 | 1 | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | |
| 14 | Mascarilla protección vapores orgánicos | 1 | 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 | | | | | |



932 / 963

| CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE | INVENTARIO E INSPECCION SUSTANCIAS QUIMICAS | Version. 1<br>Cod. SST-F11<br>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: | Bodega |
| FECHA INSPECCION: | 20 SEP 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 | ✓ | | | |
| Aceite quemado | 3 | Se dispone de las fichas de seguridad de todos las sustancias químicas que se utilizan | ✓ | | | |
| Limpiador PVC. | 4 | Las hojas de seguridad del producto químico están ubicadas en un lugar visible en el área donde se están almacenando. | ✓ | | | |
| Cemento. | 5 | Las personas que manipulan las Sustancias Químicas, cuentan con los respectivos EPP ( guantes, tapabocas con cartuchos, monogafas) | ✓ | | | |
| Grasa. | 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: | |
|---|---|
| | Stephanny. |
| FIRMA COORDINADOR SST | FIRMA AUXILIAR SST |

# Anexo 17, Listado máquina, vehículo, herramientas y equipos.

| CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE | **RELACIÓN MAQUINAS** | **Versión. 1**<br>**Cod: SST- F05**<br>**Pag. 1 de 1** |
|---|---|---|

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

| | |
|---|---|
| **FECHA SEGUIMIENTO** | **SEPTIEMBRE** |

| Ítem. | TIPO DE MAQUINA | FRENTE | OPERADOR | MARCA | TIPO DE VINCUALACION |
|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **MINICARGADOR** | OBRA | IVAN SALGADO | NEW HOLLAND | VINCULADO |
| **2** | **MINICARGADOR** | OBRA | ANDRÉS DAGUER | CASE | SUBCONTRATADO |
| 3 | **RETROCARGADOR** | OBRA | DEIBER COGOLLO | HYUNDAI | SUBCONTRATADO |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| | |
|---|---|
| **OBSERVACION GENERAL:** | |

| | |
|---|---|
| FIRMA COORDINADOR SST | FIRMA AUXILIAR SST |

| 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: | 20 Sept 2024. |
|---|---|

| HERRAMIENTA / EQUIPOS | CANTIDAD | ESTADO | |
|---|---|---|---|
| | | CANT. BUENO | CANT. DEFECTUOSA |
| Palas redondas | 32 | 25. | 7 |
| Palas cuadradas | 10 | 9 | 1 |
| Carretillas | 10 | 10 | 0 |
| Monas | 4 | 4. | 0. |
| Martillos. | 2 | 2 | 0. |
| Pana | 1 | 1 | 0 |
| Canguro | 1 | 1 | 0 |
| Motobomba | 1 | 1 | 0 |
| Sumergible. | 1 | 2 | 0 |
| Manguera Sumergible | 2 | 2 | 0 |
| Lámpara Solares. | 4 | 4 | 0. |
| Vibro | 1 | 1 | 0 |
| Mezcladoras | 2 | 2 | 0. |
| Disco tronzadora 14p. | 8. | 8 | 0. |
| Pinzas | 2 | 2 | 0 |
| Alicate. | 2 | 2 | 0 |
| lamparas Led | 2 | 2 | 0 |
| Llave expansiva. | 1 | 1 | 0 |
| Monas de caucho | 4 | 4 | 0. |
| Disco corte 9 P. | 15 | 15 | 0 |
| Cizalla | 2 | 2 | 0. |
| Disco corte 4p. | 13 | 13 | 0. |
| Disco corte 6p. | 12 | 12 | 0 |
| Disco Diamantado | 13 | 13. | 0 |
| Disco Diamantado 4/2 | 20. | 20. | 0. |
| Disco de Sierra | 12 | 12. | |

RESPONSABLES

| NOMBRE | NOMBRE |
|---|---|
| FIRMA COORDINADOR SST | FIRMA AUXILIAR SST |

| 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: | 20 Sept 2024. |
|---|---|

| HERRAMIENTA / EQUIPOS | CANTIDAD | ESTADO | |
|---|---|---|---|
| | | CANT. BUENO | CANT. DEFECTUOSA |
| Cortadora | 3 | 3 | 0 |
| Tronzadora. | 3 | 3 | 0 |
| Pulidoras | 3 | 3 | 0 |
| Paladraga | 3 | 1 | 2 |
| Barras. | 7 | 7 | 0. |
| Palin. | 6 | 6 | 0. |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| RESPONSABLES | |
|---|---|
| NOMBRE | NOMBRE |
| FIRMA COORDINADOR SST | FIRMA AUXILIAR SST |

# 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 GMO HOSPITAL SUCRE | CONTROL DE SUBCONTRATISTA | VERSION 1<br>COD: SST-F055 |
|---|---|---|

| Fecha de Control | Día | MES | Año |
|---|---|---|---|
| | 20 | 09 | 24 |

| | |
|---|---|
| Proyecto | "CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE |
| NOMBRE DEL SUBCONTRATISTA (Razón Social ) | Tecnimáquinas / Andrés Dager |
| NIT | 901522847 |
| ACTIVIDADES | Cargue y descargue material ☐ Fundicion concreto ☐ |
| | Servicio de Mantenimiento ☐ Reparaciones ☐ Urbanismo ☐ |
| | Otro cual: maquinaria. |
| 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 G.
INSP SST

NOMBRE Y FIMA - SUBCONTRATISTA

| CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE | SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN | Cod: SST-F42 |
|---|---|---|
| | Listado del personal - Subcontratado | Pag. 1 de 1 |

| | |
|---|---|
| **PROYECTO :** | CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE |
| **PERIODO :** | SEPTIEMBRE |

| No. | Apellidos/Nombres | CEDULA | EMPRESA | NIT | Cargo | Fecha Inicio dd/mm/aaaa | Fecha Fin dd/mm/aaaa | ARL | EPS | AFP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ANDRES EDUARDO DAGUER GUEVARA | 1193154188 | TECNIMAQUINAS | 901522847 | MAQUINISTA | 20/08/2024 | | SURA | NUEVA EPS | PORVENIR |
| 2 | JESUS DAVID SUAREZ | 1064983036 | SERTET | 900500192 | CADENERO | 26/06/2024 | | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE |
| 3 | RAFAEL DARÍO CALLE JIMENEZ | 1064984052 | SERTET | 900500192 | TOFOGRAFO | 26/06/2024 | | PENDIENTE | PENDIENTE | PENDIENTE |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | | | | |

FIRMA AUXILIAR SST

FIRMA COORDINADOR SST

# Anexo 20, Inspección de orden y aseo

| CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE | INSPECCION DE ORDEN Y ASEO CAMPO | Cod: SST-F06 |
|---|---|---|
| | | VERSION 1 |

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

**AREA O FRENTE INSPECCIONADO:**

| 5 "S" | Fecha de ejecución | 07/09/2024 | | |
|---|---|---|---|---|
| | ESTÁNDAR DE ORDEN Y ASEO | Insp. 1 | | |
| | | Nivel 1 | Nivel 3 | Nivel 5 |
| SEIRI Clasificar | 1.En la zona de trabajo existe señalización y demarcación. | | | ✓ |
| | 2.Existen acopio de materiales (Mecanicos o civiles) | | ✓ | |
| | 3. Existe zona de parqueo de maquinas y/o vehiculos señalizada. | ✓ | | |
| | 4. El almacenamiento de combustible es adecuado/Dique | | ✓ | |
| | 5. Se dispone de un área para el consumo de alimentos. | | | ✓ |
| | 6, Existe puesta a tierra de los contenedores, las carpas, las herramientas y los equipos. | ✓ | | |
| | 7. Los recipientes de residuos se encuentran correctamente identificados y rotulados de acuerdo a su tipo. | | ✓ | |
| | 8. Se dispone de servicios sanitarios para las necesidades fisiologicas. | | | ✓ |
| | 9. Existe punto ecologico de residuos generados en obra. | | | ✓ |
| | 10. Existe delimitación /Señalización de Excavaciones. | | | ✓ |
| | 11. Los escombros se encuentran acumulados y dispuestos correctamente. | | ✓ | |
| | 12.Los materiales y maquinaria se encuentran ubicados e identificados correctamente. | | ✓ | |
| SEITON Ordenar | 13. Los frentes y puestos de trabajo se encuentran ordenados. | | | ✓ |
| | 14. Se dispone de sitios identificados para ubicar elementos que se emplean con poca frecuencia. | | | ✓ |
| | 15. La maquinaria se encuentera correctamente ordenada y limpia. | | | ✓ |
| | 16. Hay cables sueltos o a la vista en la zona de trabajo. | | ✓ | |
| | 17. Las vias de acceso se encuentran libres de obnstaculos como herramientas y demas objetos. | | ✓ | |
| | 18. Las salidas de emergencia se encuentran identificacas y señalizadas. | | ✓ | |
| | 19. El punto ecologico se encuentra ordenadoen cuanto a residuos generados en la obra. | | ✓ | |
| | 20. Las herramientas de trabajo se encuentran correctamente ubicada y señalizadas. | | ✓ | |
| | 21. La maquinaria se encuentra ubicada en el lugar correspondiente. | | ✓ | |
| | 22. Se dispone de agua potable para el consumo y de vasos desechables | | ✓ | |
| SEISO Limpiar Inspeccionar | 23. Los trabajadores disponen de un area para ubicar sus pertenencias. | | ✓ | |
| | 24, Las baterias sanitarias se encuentran limpias. | ✓ | | |
| | 25. Los Puentes /Pasarelas provisionales se encuentran libres de obstaculos, grasas y barro. | | ✓ | |
| | 26. Se identifican frentes y puestos de trabajo limpios. | | | ✓ |
| | 27, Se dispone de elementos para el aseo de los EPP | | | ✓ |
| | 28. El contenedor se encuentra limpio en su totalidad. | | | ✓ |
| Seikesu ESTANDARIZAR. | 29. Se aplican correctamente las 3 "s" anteriores, en la zona de trabajo. | | | ✓ |
| | 30. Se realizan mejoras en el ambiente de trabajo, respecto a las anteriores inspecciones? (Aplica para la segunda inspección en adelante) | | | ✓ |
| Shitzuke. DISCIPLINA Y SEGUIMIENTO. | 31.Se mantiene como habito o constumbre normal, la puesta en practica de procedimientos de las 5 "s" | | | ✓ |
| | 32.El personal realiza actividades de orden y aseo sin que se le recuerde a los trabajadores? | | | ✓ |
| | 33.La gente sigue los consejos que se dan respecto al Orden y aseo de la zona de trabajo? | | | ✓ |
| | 34.La limpieza es continua y constante respecto a las anteriores inspecciones? | | | ✓ |

**Calificación para cada estandar**

**Nivel 1 = Insatisfactorio (no se cumple con el estándar). / Nivel 3 = Aceptable (el estándar se observa parcialmente). / Nivel 5 = Satisfactorios (se cumple con el estándar).**

Observaciones de la inspección:

**Firma de quien realiza la inspección:** Stephanny Gbrag

**Firma del coordinador SST:**

| CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE | **INSPECCION DE ORDEN Y ASEO CAMPO** | **Cod: SST-F06** |
|---|---|---|
| | | **VERSION 1** |

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

**AREA O FRENTE INSPECCIONADO:** OBRA

| 5 "S" | **Fecha de ejecución** | 24/09/2024 | | |
|---|---|---|---|---|
| | **ESTÁNDAR DE ORDEN Y ASEO** | **Insp. 1** | | |
| | | **Nivel 1** | **Nivel 3** | **Nivel 5** |
| SEIRI Clasificar | 1.En la zona de trabajo existe señalización y demarcación. | | | ✓ |
| | 2.Existen acopio de materiales (Mecanicos o civiles) | | ✓ | |
| | 3. Existe zona de parqueo de maquinas y/o vehículos señalizada. | ✓ | | |
| | 4. El almacenamiento de combustible es adecuado/Dique | | ✓ | |
| | 5. Se dispone de un área para el consumo de alimentos. | | | ✓ |
| | 6. Existe puesta a tierra de los contenedores, las carpas, las herramientas y los equipos. | ✓ | | |
| | 7. Los recipientes de residuos se encuentran correctamente identificados y rotulados de acuerdo a su tipo. | | ✓ | |
| | 8. Se dispone de servicios sanitarios para las necesidades fisiologicas. | | | ✓ |
| | 9. Existe punto ecologico de residuos generados en obra. | | | ✓ |
| | 10. Existe delimitación /Señalización de Excavaciones. | | | ✓ |
| | 11. Los escombros se encuentran acumulados y dispuestos correctamente. | | ✓ | |
| | 12.Los materiales y maquinaria se encuentran ubicados e identificados correctamente. | | ✓ | |
| SEITON Ordenar | 13. Los frentes y puestos de trabajo se encuentran ordenados. | | | ✓ |
| | 14. Se dispone de sitios identificados para ubicar elementos que se emplean con poca frecuencia. | | | ✓ |
| | 15. La maquinaria se encuentera correctamente ordenada y limpia. | | | ✓ |
| | 16. Hay cables sueltos o a la vista en la zona de trabajo. | | ✓ | |
| | 17. Las vias de acceso se encuentran libres de obnstaculos como herramientas y demas objetos. | | ✓ | |
| | 18. Las salidas de emergencia se encuentran identificadas y señalizadas. | | ✓ | |
| | 19. El punto ecologico se encuentra ordenadoen cueanto a residuos generados en la obra. | | ✓ | |
| | 20. Las herramientas de trabajo se encuentran correctamente ubicada y señalizadas. | | ✓ | |
| | 21. La maquinaria se encuentra ubicada en el lugar correspondiente. | | ✓ | |
| | 22. Se dispone de agua potable para el consumo y de vasos desechables | | ✓ | |
| SEISO Limpiar Inspeccionar | 23. Los trabajadores disponen de un area para ubicar sus pertenencias. | | ✓ | |
| | 24, Las baterias sanitarias se encuentran limpias. | | ✓ | |
| | 25. Los Puentes /Pasarelas provisionales se encuentran libres de obstaculos, grasas y barro. | | ✓ | |
| | 26. Se identifican frentes y puestos de trabajo limpios. | | | ✓ |
| | 27, Se dispone de elementos para el aseo de los EPP | | | ✓ |
| | 28. El contenedor se encuentra limpio en su totalidad. | | | ✓ |
| Seikesu ESTANDARIZAR. | 29. Se aplican correctamente las 3 "s" anteriores, en la zona de trabajo. | | | ✓ |
| | 30. Se realizan mejoras en el ambiente de trabajo, respecto a las anteriores inspecciones? (Aplica para la segunda inspección en adelante) | | | ✓ |
| Shitzuke. DISCIPLINA Y SEGUIMIENTO. | 31.Se mantiene como habito o constumbre normal, la puesta en practica de procedimientos de las 5 "s" | | | ✓ |
| | 32.El personal realiza actividades de orden y aseo sin que se le recuerde a los trabajadores? | | | ✓ |
| | 33.La gente sigue los consejos que se dan respecto al Orden y aseo de la zona de trabajo? | | | ✓ |
| | 34.La limpieza es continua y constante respecto a las anteriores inspecciones? | | | ✓ |

**Calificación para cada estandar**

**Nivel 1 = Insatisfactorio (no se cumple con el estándar). / Nivel 3 = Aceptable (el estándar se observa parcialmente). / Nivel 5 = Satisfactorios (se cumple con el estándar).**

Observaciones de la inspección:

**Firma de quien realiza la inspección:** Stephanny Salgado

**Firma del coordinador SST:**

| CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE | **INSPECCION DE ORDEN Y ASEO CAMPO** | **Cod: SST-F06** VERSION 1 |
|---|---|---|

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

**AREA O FRENTE INSPECCIONADO:** OBRA

| 5 "S" | **Fecha de ejecución** | 7/09/2024 | | |
|---|---|---|---|---|
| | **ESTÁNDAR DE ORDEN Y ASEO** | **Insp. 1** | | |
| | | Nivel 1 | Nivel 3 | Nivel 5 |
| SEIRI Clasificar | 1.En la zona de trabajo existe señalización y demarcación. | | | ✓ |
| | 2.Existen acopio de materiales (Mecanicos o civiles) | | ✓ | |
| | 3. Existe zona de parqueo de maquinas y/o vehículos señalizada. | ✓ | | |
| | 4. El almacenamiento de combustible es adecuado/Dique | | ✓ | |
| | 5. Se dispone de un área para el consumo de alimentos. | ✓ | | |
| | 6, Existe puesta a tierra de los contenedores, las carpas, las herramientas y los equipos. | ✓ | | |
| | 7. Los recipientes de residuos se encuentran correctamente identificados y rotulados de acuerdo a su tipo. | | | ✓ |
| | 8. Se dispone de servicios sanitarios para las necesidades fisiologicas. | | | ✓ |
| | 9. Existe punto ecologico de residuos generados en obra. | | | ✓ |
| | 10. Existe delimitación /Señalización de Excavaciones. | | | ✓ |
| | 11. Los escombros se encuentran acumulados y dispuestos correctamente. | | | ✓ |
| | 12.Los materiales y maquinaria se encuentran ubicados e identificados correctamente. | | | ✓ |
| SEITON Ordenar | 13. Los frentes y puestos de trabajo se encuentran ordenados. | | | ✓ |
| | 14. Se dispone de sitios identificados para ubicar elementos que se emplean con poca frecuencia. | | ✓ | |
| | 15. La maquinaria se encuentera correctamente ordenada y limpia. | | ✓ | |
| | 16. Hay cables sueltos o a la vista en la zona de trabajo. | | ✓ | |
| | 17. Las vias de acceso se encuentran libres de obstaculos como herramientas y demas objetos. | | ✓ | |
| | 18. Las salidas de emergencia se encuentran identificadas y señalizadas. | | | ✓ |
| | 19. El punto ecologico se encuentra ordenadoen cueanto a residuos generados en la obra. | | | ✓ |
| | 20. Las herramientas de trabajo se encuentran correctamente ubicada y señalizadas. | | ✓ | |
| | 21. La maquinaria se encuentra ubicada en el lugar correspondiente. | | ✓ | |
| | 22. Se dispone de agua potable para el consumo y de vasos desechables | | ✓ | |
| SEISO Limpiar Inspeccionar | 23. Los trabajadores disponen de un area para ubicar sus pertenencias. | | ✓ | |
| | 24, Las baterias sanitarias se encuentran limpias. | | ✓ | |
| | 25. Los Puentes /Pasarelas provisionales se encuentran libres de obstaculos, grasas y barro. | ✓ | | |
| | 26. Se identifican frentes y puestos de trabajo limpios. | | ✓ | |
| | 27, Se dispone de elementos para el aseo de los EPP | | ✓ | |
| | 28. El contenedor se encuentra limpio en su totalidad. | | ✓ | |
| Seikesu ESTANDARIZAR. | 29. Se aplican correctamente las 3 "s" anteriores, en la zona de trabajo. | | ✓ | |
| | 30. Se realizan mejoras en el ambiente de trabajo, respecto a las anteriores inspecciones? (Aplica para la segunda inspección en adelante) | | ✓ | |
| Shitsuke. DISCIPLINA Y SEGUIMIENTO. | 31.Se mantiene como habito o constumbre normal, la puesta en practica de procedimientos de las 5 "s" | | ✓ | |
| | 32.El personal realiza actividades de orden y aseo sin que se le recuerde a los trabajadores? | | ✓ | |
| | 33.La gente sigue los consejos que se dan respecto al Orden y aseo de la zona de trabajo? | | ✓ | |
| | 34.La limpieza es continua y constante respecto a las anteriores inspecciones? | | ✓ | |

**Calificación para cada estandar**

**Nivel 1 = Insatisfactorio (no se cumple con el estándar). / Nivel 3 = Aceptable (el estándar se observa parcialmente). / Nivel 5 = Satisfactorios (se cumple con el estándar).**

Observaciones de la inspección:

**Firma de quien realiza la inspección:** Stephanny Ruiz

**Firma del coordinador SST:** Salgado

# Anexo 21. Registro fotográfico generales

| CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE | REGISTRO FOTOGRÁFICO | CÓDIGO | SST F-044 | |
|---|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN | 1 | |
| | | PAGINA | | DE |

**1. DATOS GENERALES**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **CONTRATISTA** | CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE | **CONTRATO N°** | No LP-018-2023 | **PLAZO** | 18meses |
| **INTERVENTORÍA** | CONSORCIO INTERHOSPITAL COVEÑAS 2024, | **CONTRATO N°** | | | |
| **NOMBRE DEL PROYECTO** | **CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE** | | | | |
| **PERIODO** | **SEPTIEMBRE** | | | | |

**EVIDENCIA FOTOGRAFICAS DE CADA COMPONENTE A EVALUAR**

| REGISTRO No. | 1 | REGISTRO No. | 2 |
|---|---|---|---|
|  | |  | |
| BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO | VALLA PRINCIPAL | BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO | PLANOS EVACUACION Y MEDEVAC |
| REGISTRO No. | 3 | REGISTRO No. | 4 |
|  | |  | |
| BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO | PUNTO ECOGOLOGICO | BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO | REALIZACION DE EXAMENES MEDICOS |
| REGISTRO No. | 5 | REGISTRO No. | 6 |
|  | |  | |
| BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO | ENTREGA EPP | BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO | INSPECCIÓN EXTINTOR |
| REGISTRO No. | 7 | REGISTRO No. | 8 |
|  | |  | |
| BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO | PREOPERACIONALES | BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO | PREOPERACIONALES |

| REGISTRO No. | 9 | REGISTRO No. | 10 |
|---|---|---|---|
|  | |  | |
| BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO | JORNADA ORDEN Y ASEO | BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO | SEÑALIZACIÓN |
| REGISTRO No. | 11 | REGISTRO No. | 12 |
|  | |  | |
| BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO | PREOPERACIONES | BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO | SEÑALIZACIÓN DE PROXIMIDAD |
| REGISTRO No. | 13 | REGISTRO No. | 14 |
|  | |  | |
| BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO | EQUIPAMIENTO PRIMEROS AUXILIOS | BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO | ACOMPAÑAMIENTO ENTERRITORIO |
| REGISTRO No. | 15 | REGISTRO No. | 16 |
|  | |  | |
| BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO | JORNADA DE CAPACITACIÓN Y PREVENCIÓN | BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO | SEGUIMIENTO Y CONTROL A ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO |
| REGISTRO No. | 17 | REGISTRO No. | 18 |
|  | |  | |
| BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO | EQUIPAMIENTO DE EMERGENCIA | BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO | JORNADA TAMIZAJE VASCULAR |

| REGISTRO No. | 19 | REGISTRO No. | 20 |
|---|---|---|---|
|   | |    | |
| BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO | | BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO | |
| JORNADA DE CAPACITACIÓN Y PREVENCIÓN | | ENTREGA DE DOTACION | |
| REGISTRO No. | 19 | REGISTRO No. | 20 |
|    | |    | |
| BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO | | BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO | |
| INSTALACION DE SEÑALIZACIONES | | CAMBIO DE GUANTES | |
| REGISTRO No. | 21 | REGISTRO No. | 22 |
|  | |  | |
| BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO | | BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO | |
| CONTROLES VIALES | | INSPECCION BOTIQUIN | |
| REGISTRO No. | 23 | REGISTRO No. | 24 |
|  | |  | |
| BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO | | BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO | |
| INSPECCION KIT DE DERRAMES | | BODEGA DOTACION | |
| REGISTRO No. | 25 | REGISTRO No. | 26 |
|  | |   | |
| BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO | | BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO | |
| PREOPERACIONAL MAQUINAS | | SEGUIMIENTO Y CONTROL A ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO | |

| REGISTRO No. | 27 | REGISTRO No. | 28 |
|---|---|---|---|
|  | |  | |
| BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO | | BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO | |
| JORNADA DE CAPACITACIÓN Y PREVENCIÓN | | SEGUIMIENTO Y CONTROL A ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO | |
| REGISTRO No. | 29 | REGISTRO No. | 30 |
|  | |  | |
| BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO | | BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO | |
| BODEGA | | CAMPAMENTO | |

# ANEXO 8.4

BITACORA

Septiembre 1/24
Lluvias hasta las 8:00 am.
Personal en Obra: Director de Obras
Actividades ejecutadas: figuracion de acero en bloque 1, 2 y 3.

Quiey C. Olivera.
Contratista

Septiembre 2/24
Dia Soleado.
Personal en Obra: Director de Obra, Residente de Obra, Auxiliar Siso, Residente de Interventoria, Sub contratistas, Residente de Interventoria, Residente Ambiental, Topografo, Cadenero, Ingeniero Civil, 5 Operadores de Maquinaria amarilla, 4 maestros de Obras, Obreros
Maquinaria en Obra: 2 Minicargadores, 2 Retro excavadoras de Oruga, 1 Retro excavadora Neumatica.
Actividades ejecutadas: Lleno de zapatas con material de excavacion no contaminado, excavacion para Viga-Cimiento en bloque 2 y 3. Solado de Viga-Cimiento, Conformacion de terreno, Retiro de material de excavacion contaminado. Se fundieron las Zapatas D10 y E10 en el bloque 2, con Concreto de 3.500 PSI, Se fundieron las Columnas C1, C2, C3, C4, C6, C7 y B9 en el bloque 3, con concreto de 3.500 PSI, Se fundio Viga-Cimiento en el bloque 1, en los ejes: G entre ejes G-J, eje 7 entre ejes G-H, eje I entre ejes 6-7 y eje H entre ejes 6-7, con Concreto de 3.500 PSI.

Componente Ambiental: se hace seguimiento al PMA con el fin de cumplir con las actividades propuestas en el plan de manejo ambiental, se realiza el monitoreo al frente de trabajo 1, 2 y 3. observandose que estos bloques estan haciendo buen uso de los recursos y minimizando el impacto ambiental generado en cada frente., Ingresan Vehiculos en Obra y se hace el control para evitar contaminacion atmosferica mediante el certificado de gases contaminantes y seguro obligatorio SOAT.

Sep. 3/24
Dia Soleado.
Personal en Obra: Director de Obras, Residente de Obras, Auxiliar SISO, Residente Ambiental, Residente de Interventoria, Subcontratistas, 5 Operadores de maquinaria amarilla, Ingeniero Civil, Maestros (4) Obreros.
Equipo y Maquinaria en Obra: 2 Retro excavadoras de Oruga, 2 Mini cargadores, 1 Retro excavadora Neumatica,
Actividades ejecutadas: Se Continuo con el lleno de zapatas en bloque 2 y bloque 3, simultaneamente se Continuo con el Corte y Figurado de acero para Viga-Cimiento y Vigas de placa en los tres bloques. Se realizaron actividades de Conformacion de terreno con maquinaria, se fundio Viga-Cimiento en bloque 1, en el eje 7 del eje 6-I, en eje G, del eje 6 al eje 7 en el eje 6, del eje 6 al eje H, con Concreto de 3.500 PSI. Se fundio Viga-Cimiento en bloque 2, en el eje D, del eje 3 al eje 7 con Concreto de 3.500 PSI. Se fundio Viga-Cimiento en el bloque 3, en el eje A, del eje 1 al eje 4 y en el eje 1 del eje A al eje B, en concreto de 3.500 PSI. Se armo acero para muros de Contencion en bloque 2 y bloque 1.
Componente Social: Estuvo en horas de la mañana dando apoyo al doctor ocupacional mientras relacionaba el personal para hacerse los examenes, se atendieron 60 personas aproximadamente.
En la tarde se hizo recepción de personal a ingresar se hicieron llamados para citación y entrevista.
Componente SST Se realiza preoperacionales de Maquinaria y equipos seguimiento y control al contratista. y Subcontratista. que ejecutan las actividades en el proyecto, Verificación de uso de elementos de Protección Personal, inspección de equipos y maquinaria, Se realizan examenes médicos ocupacionales con el médico Luis Gabriel Aldana Otero.
Componente Ambiental: Se sigue realizando seguimiento y monitoreo al PMA. con el objetivo de cumplir con todas las actividades

Sep. 4/24
Lluvias en horas de la madrugada.
Personal en Obra: Director de Obra, Residente de Obra, Auxiliar Siso, Residente Ambiental, Residente de Interventoria, Sob-contratistas, 3 Operadores de maquina amarilla, Ingeniero Civil, Maestros y Obreros, Residente Social.
Maquina en Obra: 2 Minicargadores, 1 Retroexcavadora de Oruga.
Actividades realizadas: Se Continuo con el llenado de Zapatas y Viga-Cimiento con material de excavacion no contaminado en bloque 2 y 3. Corte y figurado de acero para Viga-Cimiento y placa de Piso en los 3 bloques. Conformacion de terreno para Formaletear placa de piso en bloque 3. Se fundio Viga-cimento en el eje G, del 3 al 4 y del 4 al 5 en bloque 1 con concreto de 3.500 PSI, Se Fundieron las Columnas I6, I7, H6, H7, G6 y G7 en bloque 1, con Concreto de 4000 PSI, Se Fundieron 11.30 ML de Zarpa para el muro de Contencion, en bloque 1, Con Concreto de 4.000 PSI. Se Fundio Viga-Cimiento en el eje E, del 3 al 7 en el bloque 2, con Concreto de 3.500 PSI. Se fundieron las Columnas B1, A1, A2, A3 y A4 en el bloque 3, con Concreto de 4000 PSI. Se Continuo con las actividades de Instalaciones Hidro-Sanitarias en bloque 1.
Componente SST, Se realiza preoperacionales de maquinaria y equipos. seguimiento y control al Contratista y Subcontratista que ejecutan actividades en el proyecto, verificacion de uso de elementos de proteccion personal y Potacion, Se realiza seguimiento a cada frente de trabajo de acuerdo a las actividades asignadas.

Contratista

Sep. 5/24
Dia Soleado
Personal en Obra: Director de Obra, Residente de Obra, Auxiliar Siso, Residente de Interventoria, Residente Ambiental, Residente Social, Ingeniero Civil, Subcontratistas, 3 Operadores de Maquina amarilla. Maestros (4), Obreros.
Maquinaria y Equipos: 2 Minicargadores, 1 Retro excavadora de Oruga.

Actividades ejecutadas: Se continuo con el corte y figurado del acero para placas en el bloque 3, figuración de acero para Viga-Cimiento en bloque 2, lleno de Viga-Cimiento con material de excavacion no contaminado. Se continuo con el trazado y excavacion para la instalacion de los filtros franceses en bloque 1, y simultaneamente se continuo con la perforacion y revestida con geotextil de la tuberia para los mismos.

Concreto: Debido a un paro y bloqueo en la vía q conduce desde la planta de Concreto, hasta la Obra, en toda vez q los mixers debieron tomar una ruta alterna, provocando esto atrasos en la llegada y fundida del Concreto. En el bloque 1, se fundieron las zapatas G9, G10 y G11, con concreto de 3.500 PSI, fundida q termino a las 11:00 P.M. En el bloque 2 se fundio Zapata E9, Columnas D3, D4, D5 y D6 en concreto de 4.000 PSI, Se fundio Viga Cimiento en el eje 8, del D-E, eje E del 9-10, eje 10 del D-E y eje D del 7-8 con concreto de 3.000 PSI, se fundio Zarpa del muro de contencion con Concreto de 4.000 PSI, fundida terminada a las 10:20 P.M y en bloque 3, se fundio Columnas A2, A3 y A4 con concreto de 4.000 PSI, Viga-Cimient en el eje A, del 7 a 10' y en el eje 10' del A-C con concreto de 3.500 PSI, Fundida terminada a las 10:35 PM. Se cancelo la llegada del acero de placa para bloques 2 y 3 por el paro Camionero, q venia desde Sincelejo.

Componente Ambiental: Se hace seguimiento y monitoreo al PMA. con el fin de Cumplir con las actividades propuestas en cada Ficha del PMA. se toman registros Fotograficos de las actividades Ambientales realizadas en el dia de hoy para anexar al Informe mensual.

Componente SST. Se realiza preoperacionales de maquinaria y maquinaria equipos Seguimiento y control a contratista y Subcontratista que ejecuta actividades en el proyecto, verificación de uso de elementos de protección personal y Dotacion. Se realiza Seguimiento a cada frente de obra

Contratista

Sep. 6/24

Dia Nublado, lluvias fuertes de 10:00 am hasta 10:40 am

Personal en Obra: Director de Obras, Residente de Obras, Auxiliar Siso, Residente ambiental, Residente de Interventoria Ingeniero Civil, 3 operadores de maquinaria, Topografo, Cadenero, 4 Maestros de Obra, obreros etc.

Maquinaria en Obra: 2 Minicargadores una Retroexcavadora de Oruga.

Actividades ejecutadas: Debido a las fuertes lluvias presentadas en horas de la mañana, no se pudo programar fundida de concreto en ningun bloque, por lo cual se continuo con el corte y figurado de acero de placa en bloque 3, corte y figurado de Acero en bloque 2 y 1, aplicacion de aditivo anticorrosivo en el acero figurado y armado. y formaletado de Columnas en bloque 1, 2 y 3.

Se Recibio Visita de la Secretaria de Salud Departamental. Componente SST Se realiza preoperacionales de Maquinaria y equipos, Seguimiento y Control a Contratista y Subcontratista. Se ejecuta las actividades en obra, verificación de uso de Epp. Componente Social: Apoyo en la obra en horas de la mañana y en horas de la tarde reunión con la comunidad de guayabal etapa 2 para organizar una jornada de fumigación en el parque de la zona.

Sep. 7/24 Contratista L-I-R

Dia Nublado, lluvias fuertes en la Noche

Personal en Obra: Director de Obras, Residente de Obras, Auxiliar Siso, Residente de Interventoria, Topografo, Cadenero, 3 operadores de maquinaria, 4 Maestros, Ingeniero Civil.

Actividades ejecutadas: Se realizo el fundido de la zapata D11 en el bloque 2, con concreto de 3500 PSI. Se fundieron las Columnas G3, G4 y G5 en el bloque 1 con concreto de 4000 PSI, Se fundieron las Columnas F3, F4, F5, F6 E9, E10 en el bloque 2 con concreto de 4000 PSI y las columnas A5, A6 A7, A8, A10 y A10' en el bloque 3 con concreto de 4000 PSI. Se fundio Viga de Cimiento en el bloque 3, en el eje 10' del eje A al C, en el eje C del eje 6 al eje 10' con Concreto de 3500 PSI.

Componente SST Se realiza preoperacional de Maquinas y equipos, Seguimiento y control a Contratista y Subcontratista que ejecutan actividades en obra, verificación de cuidado y uso de Dotación y Epp.

Contratista

Sep. 9/24

Dia Soleado.

Personal en Obra: Director de Obras, Residente de Obras, Auxiliar Siso, Residente Ambiental, Residente de Interventoria, Topografo, Cadenero, Sub Contratistas, 4 Maestros de Obra, 2 Operadores de maquina amarilla, Obreros, Cuadrilla de Instalaciones Hidro-Sanitarias.

Maquinaria y Equipos: 1 Retro excavadora de Oruga y 1 Mini-Cargador.

Actividades Ejecutadas: Lleno de Zapatas y Zanja de Viga-Cimiento con material de excavación no contaminado en bloque 2 y bloque 1, corte y figuración de acero en los tres bloques, desencofrado de Columnas y Viga-cimiento fundidas el dia anterior y terminación de formaleteado de los elementos fundidos el dia de hoy. Se retiraron de la Obra 5 cilindros de concreto para realizarles pruebas de resistencia, por parte de la firma Hernan Ramos Villamil SAS.

Concreto: Se fundieron las Columnas A9, A10', B10', C10' y C10, en el bloque 3, con concreto de 4.000 PSI; se fundio Viga-Cimiento en el bloque 3, en el eje C, entre ejes 4 y 6; Se fundieron las Zapatas E11, D14, E14 y F14 en el bloque 2, con concreto de 3.500 PSI y se fundio el pedestal ubicado en el eje G4, del bloque 1, con Concreto de 4.000 PSI.

A las 3:45 P.M, se averió la Retro excavadora de Oruga Hitachi

Componente SST Se realiza preoperacional de maquinas y equipos, Seguimiento y control a contratista y Subcontratista que ejecutan actividades en obra, verificación de cuidado y uso de dotación y Epp.

Contratista

Sep. 10/24
Dia Soleado, lluvias en horas de la tarde.
Personal en Obra: Director de Obras, Residente de Obras, Auxiliar Siso, Residente de Interventoria, Topografo, Cadenero, Subcontratistas, 4 Maestros de Obra, 3 operadores de maquina amarilla.
Maquinaria en Obra: 2 Minicargadores, 1 Retro de Oruga.
Actividades ejecutadas: Fundicion de Zapata H9 con concreto de 3.000 PSI. Fundicion de Zarpa de Muro de Contencion en el eje H, con Concreto de 4000 PSI. En el bloque 2, se fundieron los pedestales D14, E14 y F14 con Concreto de 4000 PSI, se funcio Viga cimiento en el eje D con concreto de 4000 PSI, toda vez q' esta Viga cimient hace parte del muro de contencion y se fundio la Columna con Concreto de 4000 PSI. En el bloque 3, se Fundieron las Columnas C5, C6, C7, C8 y C9 con Concreto de 4000 PSI. Se continuo con el Corte y figurado del acero en los tres bloques, al igual q se prosiguio con las Instalaciones de la tuberia para los Filtros.
Se presentaron lluvias en horas de la tarde de 2:30 a 3:25 pm
Componente SST. Se realiza preoperacional de Maquinas y Equipos, Seguimiento y Control a contratista y Subcontratista que ejecutan actividades en obra, Verificacion de cuidado y uso de Dotacion y EPP.

Contratista

Sep. 11/24
Dia Soleado.
Personal en Obra: Director de Obra, Residente de Obra, Auxiliar Siso, Residente de Interventoria, Ingeniero Civil, Topografo, Cadenero, Sub-Contratistas, 4 Maestros de Obra, Cuadrilla de Instalaciones Hidro-Sanitarias, 3 Operadores de maquinaria amarilla, Obreros
Maquinaria en Obra: 2 Minicargadores - 1 Retro de Oruga.
Actividades en Obra: Bloque 1: Armado y Formaleteado de muro de Contencion para fundir, En el bloque 2: Se armo formaleteria para muro de Contencion y armado Formaleta para columnas y en el bloque 3 se Continuo el armado de Formaleta para Placa, Continuaron las Obras de Instalacion de tuberia para Filtro.

Componente Social: Apoyo en la obra, organización de hojas de vida para formar la cuadrilla del plomero, llamadas/citaciones y entrevista a los postulados pues el trabajo es pago por metros.

Sep. 12/24

Dia Nublado.

Personal en Obra: Director de Obras, Residente de Obras, Auxiliar Siso, Residente Ambiental, Topografo, Cadenero, Subcontratistas, 3 operadores de maquina amarilla, 4 Maestros de Obras, Plomero.

Maquinaria en Obra: 1 Retroexcavadora de Oruga, 2 Mini cargadores.

Actividades ejecutadas: la jornada inicio a las 7:00 am, pero a las 7:32 inicio un fuerte aguacero, por lo cual se suspendieron las actividades iniciadas, la lluvia continuo fuerte hasta las 10:04 am aproximadamente, luego bajo un poco la intensidad de la lluvia, pero continuo hasta las horas de la tarde, lo cual no permitio ningun tipo de actividad en el dia, debido a las condiciones inestables en las q se encontraba el terreno, lo cual imposibilito las actividades de formaleteado para fundir muro de contencion en bloque 1 y bloque 2. Aduma por las condiciones climaticas presentadas, se hizo imposible tambien la manipulacion del acero debido a Cor relampago presentados. Se tenia programado Fundicion de Concreto en muro de Contencion y Columnas en bloque 1 y 2, pero debio ser Cancelada.

Componente SST: Se realiza preoperacional de Maquinas y Equipos, Seguimiento y control a Contratista y Subcontratista que ejecutan actividades en obra, Verificacion de cuidado y uso de proteccion personal.

Contratista

Sep. 13/24

Dia Soleado.

Personal en Obra: Director de Obras, Residente de Obras, Auxiliar Siso, Residente de Interventoria, Residente Social, Residente Ambiental, Ingeniero Civil, Subcontratistas, 4 Maestros de Obra, 3 Operadores de maquinaria amarilla, Plomero

Equipo y Maquinaria: 2 Minicargadores, 1 Retro de Oruga.
Actividades ejecutadas: Debido a las lluvias presentadas el dia anterior y por las condiciones inestables del terreno, se presentaron algunos derrumbes e inundaciones en algunas excavaciones q ya se encontraban listas e incluso, con acero ya colocado, como el caso de la zarpa del muro de contencion del bloque 2. Se continuo con el corte y acero de placa en el bloque 3, se continuo con la excavacion de las zapatas D8, D9, D10 y D11, las cuales se encuentran en una zona inestable. Se conformo el terreno para placa en bloque 1 y bloque 2. La cuadrilla de plomeria continuo con las excavaciones e instalacion de tuberia para filtros franceses en bloque 1.
Componente SST: Se realiza preoperacional de Maquinas y Equipos Seguimiento y control a contratistas y Subcontratista que ejecutan actividades en obra, verificación de cuidado y uso de elementos de protección personal y dotacion, Se reporta accidente laboral de colaborador que se chuzó la mano izquierda con un alambre.
Componente Social: Apoyo en obra y atención a la comunidad
Contratista
Sep. 14/24
Dia Nublado. Se presentaron lluvias en la mañana de 5:50 - 7:50 am
Personal en Obra: Residente de Obra, Residente de Interventoria, Topografia, Ingeniero Civil, 4 Maestros de Obra, 3 operadores de maquinaria amarilla, Cuadrilla de Plomeria.
Maquinaria y Equipo: 2 Minicargadores, 1 Retro de Oruga.
Actividades ejecutadas: Debido a las lluvias presentadas en horas de la madrugada, y teniendo en cuenta q el terreno se encontraba aun humedo, lo cual causo una desestabilizacion en las formaletas q ya estaban armadas para fundir muro de Contencion en bloque 1 y 2. Por lo anterior descrito, se hizo necesario canalar la programacion de Concreto. De igual forma se continuaron con las actividades de Excavacion e instalacion de tuberia para filtros en bloque 1, conforma cion de terreno para placa en bloque 1 y 2 y corte y figurado de acero y armado de vigas para placa en bloque 3.

Sep. 16/24
Dia Nublado.
Personal en Obra: Director de Obras, Residente de Obras, Auxiliar Siso, Residente de Interventoria, Residente Ambiental, Residente Social, Topografo, Cadenero, Cuadrilla Sanitaria, 4 Maestros de Obra, 3 Operadores de maquinaria amarilla, Obreros, Ingeniero Civil
Maquinaria y Equipo: 2 Mini cargadores 1 Retro excavadora de Oruga.
Actividades ejecutadas: Bloque 1: figuración de acero, formaleta para muro de zarpa, se continuo con el solado para placa Inferior. Bloque 2: Excavacion mecanica Zapatas F8, F9, F11 y F11, reafirmacion formaleta para fundir muro de Contencion y Zarpa. Bloque 3: Armado acero Vigas y Vigueta placa y Plataforma para formaleta. Siendo las 2:20 PM se presentaron Fuertes lluvias lo cual imposibilito cumplir con toda la programación de Concreto. Solo se pudo recibir un mixer el cual duro aproximadamente 2 horas sin descargar y solo se pudo Fundir la Zarpa del muro de Contencion del bloque 1.
Se reprograma Concreto para el dia Siguiente.
Componente Ambiental: El dia de hoy se llevó acabo la Implementación del plan de manejo ambiental, se realizo el seguimiento y monitoreo de las Fichas que contiene el PMA. con el objetivo de cumplir con cada una de las actividades descritas en las fichas.
Componente Social: