CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	SST-F025
		VERSION 1

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

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
Nombre	Jorge Luis Moreno Martinez.
Cargo	Ayudante
Vereda o corregimiento	
MUNICIPIO	Coveñas
DIRECCION	Cristobal.

FECHA 09/10/2024.

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)/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. Arrendado
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. Mas 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 7

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

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO
a. No
(b) SI

Jorge
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-H-025
		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	Sergio Atencio Olivera
Cargo	Estudiante
Vereda o corregimiento	
MUNICIPIO	Coveñas
DIRECCION	Punta Seca

FECHA 09/10/2024.

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. Arrendado
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. 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
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 X.
Semanal _____
Quincenal _____
Mensual _____
Ocasional _____

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO
a. No
(b) Si

x Sergio Atencio
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 el derecho actualizarlas y rectificarlas.

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	Yeiner Bravo Castro
Cargo	Ayudante
Vereda o corregimiento	
MUNICIPIO	Coveñas
DIRECCION	Pueblo Nuevo.

FECHA 09/10/2024.

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)/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 - 5 personas
d. Más de 6 personas

5. NIVEL DE ESCOLARIDAD
a. Primaria
(b) Secundaria
c. Técnico / Tecnólogo
d. Universitaria
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 _____

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

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO
a. No
(b) Si

P Yeiner Bravo Castro
Firma Colaborador

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-I-025
		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, EQUIPAMENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
Nombre	Camilo Andrés Sierra Zuñiga.
Cargo	Ayudante.
Vereda o corregimiento	
MUNICIPIO	Coveñas
DIRECCION	Punta Seca

FECHA 09/10/2024.

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) 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 16 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 1

16. PRACTICA ALGUN DEPORTE
a. No
(b) Si
Diario _____
Semanal _____
Quinsenal _____
Mensual _____
Ocasional 1

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO
a. No
(b) Si

Camilo Sierra Zuñiga
Firma trabajador

Ley 1581 de 2012: de protección de datos personales, es una ley que contextualiza 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 debida 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	Dyer José Avila Florez
Cargo	Ayudante
Vereda o corregimiento	
MUNICIPIO	Coveñas
DIRECCION	Bellagrusta

FECHA 09/10/2024

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 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 - 5 personas
d. Más de 6 personas

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

5. 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 7

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

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO
a. No
(b) SI

Dyer José Avila Florez
Firma trabajador

Ley 1581 de 2012, de protección de datos personales, es una ley que contempla 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-HUS 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	Manuel de Jesús Julio Mellan.
Cargo	Ayudante
Vereda o corregimiento	
MUNICIPIO	Coveñas
DIRECCION	Punta Seca

FECHA 09/10/2024.

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 más

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

3. GENERO
(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 o 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. Vacunacion
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

Manuel de Jesús Julio Mellan
FIRMA

Ley 1581 de 2012 de proteccion de datos personales, es una ley que cumplimos como de 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	Eusebio Vilona
Cargo	Ayudante
Vereda o corregimiento	Bellavista
MUNICIPIO	Coveñas
DIRECCION	Bellavista.

FECHA 09/10/2024.

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 _____

16. 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

Eusebio
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 informacion clasificada.

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
Nombre	Julio Cesar Pinzón Hernandez
Cargo	Estudiante
Vereda o corregimiento	
MUNICIPIO	Coveñas
DIRECCION	Guayabal

FECHA 09/10/2024

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. 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 _____
Ocasional X

17-CONSENTIMIENTO INFORMADO
a. No
(b) Si

X Pinzon Hernandez Julio
Nombre y firma

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-026
		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	Duvan Madrid Anas.
Cargo	Sundante
Vereda o corregimiento	
MUNICIPIO	Coveñas.
DIRECCION	Reparo

FECHA 04/11/2024.

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

11. TIPO DE CONTRATACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

✝Duvan 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

Anexo 11. Cuestionario de morbilidad

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	09/10/2024			CEDULA	1131104002		
NOMBRE	Divan Madrid Anas						
CARGO	Aydante						
SEXO	F		M	ESTATURA	1.70	# HIJOS	0
EDAD	22			PESO	62	USA GAFAS	SI / NO ✓
TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL				2 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.			
Oscar Arias madrid			

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	09/10/2024			CEDULA	1193543998		
NOMBRE	Yeiner Brayo Castro						
CARGO	Ayudante						
SEXO	F	M ✓	ESTATURA	1.93	# HIJOS	1	
EDAD	32	PESO		USA GAFAS	SI	NO ✓	
TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL		5 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 frío?		✓	
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.			
Yeiner Bravo C			

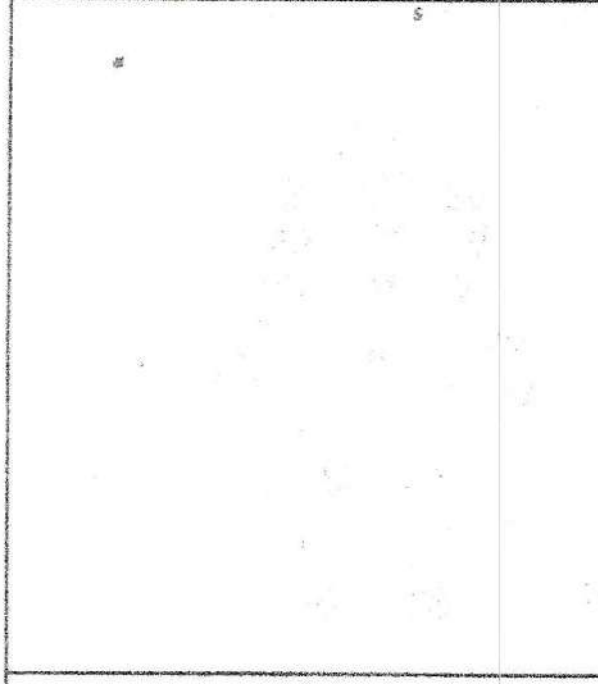
FIRMA TRABAJADOR

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	09/10/2024.				CEDULA				
NOMBRE	Camilo Andrés Sierra Zuñiga.								
CARGO	Ayudante								
SEXO	F		M	✓	ESTATURA	1.60.	# HIJOS	1	
EDAD	27				PESO	58	USA GAFAS	SI	NO ✓
TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL					7 años				
CIUDAD	Coveñas				DIRECCIÓN				
BARRIO	Punta fesca				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.			
Yamila Sierra Luna			

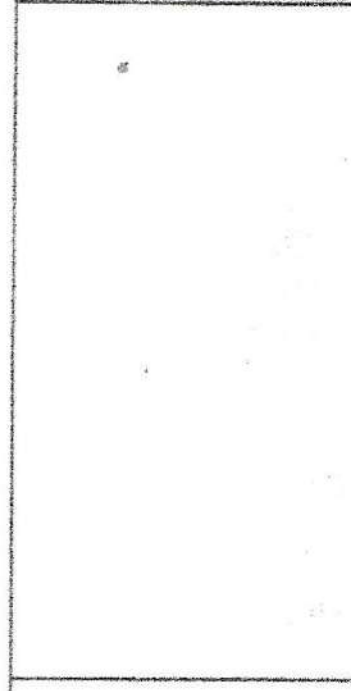
FIRMA TRABAJADOR

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	09/10/2024				CEDULA	1072523581.			
NOMBRE	Jorge Luis Morelo Martinez								
CARGO									
SEXO	F		M	✓	ESTATURA	1.65	# HIJOS	2	
EDAD	37.				PESO	70	USA GAFAS	SI	NO ✓
TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL					8 años.				
CIUDAD	Coveñas				DIRECCIÓN				
BARRIO	Covaba				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 LUIS			

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	09/10/2024				CEDULA	1003367668			
NOMBRE	Diyer José Peña Florez								
CARGO	Ayudante								
SEXO	F		M	✓	ESTATURA	1.67	# HIJOS	3	
EDAD	37				PESO	70	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.			
N Diego José Avila			

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	09/10/2024.			CEDULA	1131108476.		
NOMBRE	Manuel de Jesús Julio Mellon.						
CARGO	Ayudante						
SEXO	F		M	✓	ESTATURA	1.71	# HIJOS	1
EDAD	31			PESO	60	USA GAFAS	SI	NO ✓
TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL				6 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			
5		✓	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		✓	
Infiamación		✓	
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.			

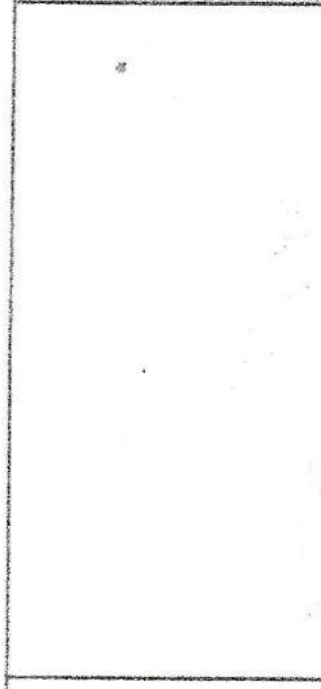
FIRMA TRABAJADOR

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	09/10/2024				CEDULA	1003655472		
NOMBRE	Sergio Otero Elvira							
CARGO	Ayudante							
SEXO	F		M	✓	ESTATURA	1,77.	# HIJOS	0
EDAD	25.				PESO 84.	USA GAFAS	SI	NO ✓
TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL					5 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.			
P Sergio Atencio			

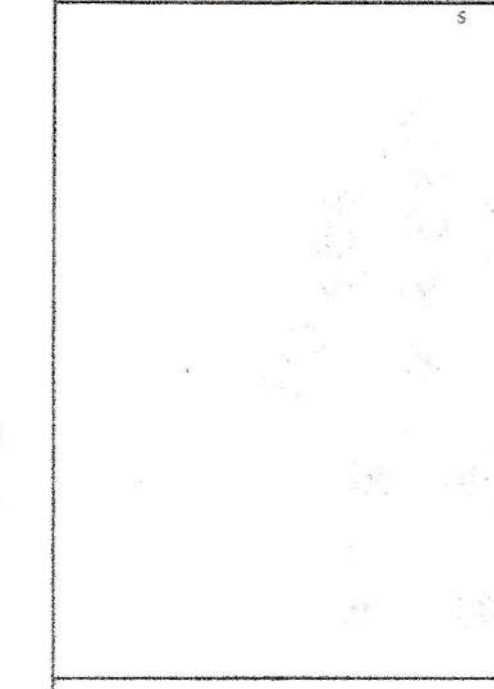
FIRMA TRABAJADOR

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	09/10/2024			CEDULA	1131[illegible]625		
NOMBRE	Julio Cesar Pinzón Hernandez						
CARGO	Ayudante						
SEXO	F		M ✓	ESTATURA	1;78	# HIJOS	1
EDAD	24			PESO 62	USA GAFAS	SI	NO ✓
TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL				5 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.			
Ponen Hernandez Julio			

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	09/10/2024.				CEDULA	1007245394.		
NOMBRE	Eusebio Viloria Suarez							
CARGO	Ayudante							
SEXO	F		M	✓	ESTATURA	1,67.	# HIJOS	0.
EDAD	21				PESO 68	USA GAFAS	SI	NO ✓
TIEMPO EN EL OFICIO ACTUAL					11 días.			
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.			
P Eusebio			

FIRMA TRABAJADOR

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

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

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

NOMBRE Y APELIDOS	N° CC	FECHA INICIAL	FECHA FINAL	CLASES DE AUSENTISMO		TOTAL DIAS
				AT	EC	
DANIEL DAVID MONTERROZA GONZALEZ	1129504510	04//10/2024	8/10/2024	X		5
JEAN CARLOS CARDENAS BOHORQUEZ	1007245363	2/10/2024	5/10/2024	X		4
LUIS ALFONSO MENDOZA MARTINEZ	1005708736	4/10/2024	6/10/2024	X		3
ABRAHAM RODRÍGUEZ ESCUDERO	1193043889	15/10/2024	16/10/2024		X	1
TOTAL DIAS PERDIDOS						13

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 **13**

AT ACCIDENTE DE TRABAJO
EC: ENFERMEDAD COMUN

777

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
SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	002	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
MENDOZA	MARTINEZ	LUIS ALFONSO

Tipo de identificación	Número	Fecha de nacimiento	Sexo
( ) NI (•) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA	1005708736	19101998	(•) M ( ) F

Dirección	Teléfono	Fax
PUNTA SECA	3242329369	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	1:15

Fecha de ingreso a la empresa	Salario u honorarios (mensual)	Jornada de trabajo habitual
22082024	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
02102024 02:25:00	N	Miércoles

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

¿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: 5:25 — Tipo de accidente: ( ) Violencia ( ) Tránsito ( ) Deportivo ( ) Recreativo o cultural (•) Propios del trabajo

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

Indique cuál sitio

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

Parte del cuerpo aparentemente afectado

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

Tipo de Lesión

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

Agente del accidente (con que se lesionó el trabajador)

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

Mecanismos o forma del accidente

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

Descripción del accidente

EL TRABAJADOR SE ENCONTRABA HACIENDO ARREGLOS AL PORTON DE ACCESO VEHCULAR CON UN COMPAÑERO, DE REPENTE SOPLA UN FUERTE VIENTO, EL CUAL OCASIONA QUE EL PORTON SE CIERRE, IMPACTANDO AL TRABAJADOR EN EL MAXILAR, PRODUCIENDOLE UN FUERTE DOLOR

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: 06-10-2024 08:48:26

Fecha de recibido en ARL SURA: 06-10-2024 08:48:26

ARL SURA RECIBIDO

Fecha Impresión 06-10-2024 08:48:32

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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
NINGUNA EPS	000	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
CARDENAS	BOHORQUEZ	JEAN CARLOS

Tipo de identificación	Número	Fecha de nacimiento	Sexo
( ) NI (•) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA	1007245363	08091999	(•) M ( ) F

Dirección	Teléfono	Fax
PUNTA SECA	3012738202	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	1:4

Fecha de ingreso a la empresa	Salario u honorarios (mensual)	Jornada de trabajo habitual
30082024	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
02102024 03:50:00	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
7:50	( ) 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 FIGURANDO HIERRO CON TUBO, CUANDO GIRO PARA FIGURAL EL HIERRO EL TUBO SE SALIÓ Y CON UN CLAVO QUE ESTABA EN EL SITIO LE PRODUJO UNA HERIDA EN LA MANO DERECHA.

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: 03-10-2024 13:25:28

Fecha de recibido en ARL SURA: 03-10-2024 13:25:28

ARL SURA RECIBIDO

Fecha Impresión 03-10-2024 13:25:34

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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
MONTERROZA	GONZALEZ	DANIEL DAVID

Tipo de identificación	Número	Fecha de nacimiento	Sexo
( ) NI (•) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA	1129504510	21112003	(•) M ( ) F

Dirección	Teléfono	Fax
PUNTA SECA	3225308123	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	1:20

Fecha de ingreso a la empresa	Salario u honorarios (mensual)	Jornada de trabajo habitual
17082024	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
03102024 02:35:00	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: 5:35

Tipo de accidente: ( ) Violencia ( ) Tránsito ( ) Deportivo ( ) Recreativo o cultural (•) Propios del trabajo

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

Indique cuál sitio

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

Parte del cuerpo aparentemente afectado

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

Tipo de Lesión

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

Agente del accidente (con que se lesionó el trabajador)

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

Mecanismos o forma del accidente

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

Descripción del accidente

EL TRABAJADOR SE ENCONTRABA ACOMODANDO UNAS VARILLAS CON UN COMPAÑERO, CUANDO LE PIDE AL COMPAÑERO QUE LE PEGUE A UNA DE LAS VARILLAS SEÑALANDO CUAL ERA, ESTE LO IMPACTA CON LA BARRA EN EL DEDO MEDIO DE LA MANO IZQUIERDA,OCASIONANDO FUERTE DOLOR.

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: 06-10-2024 08:50:16

Fecha de recibido en ARL SURA: 06-10-2024 08:50:16

ARL SURA RECIBIDO

Fecha Impresión: 06-10-2024 08:50:23

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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
NUEVA EPS S.A.	037	ARL SURA	40

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

Identificación general de la empresa

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

Nombre de la actividad económica

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

Nombre o razón social: CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

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

Dirección	Teléfono	Fax
CL 42 # 7 - 40	3114269116	

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

Centro de trabajo donde labora el trabajador

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

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

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

Dirección	Teléfono	Fax
CR 25 AV LA ESMERALDA	3114269116	7919612

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

Identificación de la persona que se accidentó

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

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres
DIAZ	ACOSTA	ENOC

Tipo de identificación	Número	Fecha de nacimiento	Sexo
( ) NI (•) CC ( ) CE ( ) NU ( ) PA	72215503	04111975	(•) M ( ) F

Dirección	Teléfono	Fax
CL 3 # 4 - 07	3172632834	7919612

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

Ocupación habitual	Tiempo de ocupación habitual al momento del accidente
OFICIALES Y OPERARIOS DE LA CONSTRUCCIÓN Y AFINES, NO CLASIFICADOS BAJO OTROS	1:28

Fecha de ingreso a la empresa	Salario u honorarios (mensual)	Jornada de trabajo habitual
14082024	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
11102024 08:20:00	N	Viernes

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

¿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
1:20	( ) Violencia ( ) Tránsito ( ) Deportivo ( ) Recreativo o cultural (•) Propios del trabajo

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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

Indique cuál sitio

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

Parte del cuerpo aparentemente afectado

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

Tipo de Lesión

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

Agente del accidente (con que se lesionó el trabajador)

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

Mecanismos o forma del accidente

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

CONTACTO CON HERRAMIENTOS U OBJETOS CORTO PUNZANTES...

Descripción del accidente

EL TRABAJADOR SE ENCONTRABA TRANSPORTANDO MATERIAL (VARILLAS DE HIERRO) DE UN LADO A OTRO, EN EL DESPLAZAMIENTO PISA UNA TABLA QUE TENIA UN CLAVO, EL CUAL LE PASA LA BOTA DE SEGURIDAD Y LE OCASIONA HERIDA EN EL PIE DERECHO

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

Apellidos y nombres — Documento de identidad — No.

Cargo — CC TI CE NU PA

Apellidos y nombres — Documento de identidad — No.

Cargo — CC TI CE NU PA

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

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

Cargo: COORDINADOR SST

Fecha de diligenciamiento del informe del accidente: 11-10-2024 15:36:00

Fecha de recibido en ARL SURA: 11-10-2024 15:36:00

ARL SURA RECIBIDO

Fecha Impresión 11-10-2024 15:36:05

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 [X]	NCIDENTE [ ]	TIPO	Personas [X]	Propiedad [ ]	Ambiental [ ]	
Fecha del incidente / accidente	26/08/2024	Hora	10:20AM	Reporte No.			
Lugar	FRENTE DE OBRA			Empresa	CONSORCIO CMO		
Jefe de Inmediato	VICTOR JOSE CRUZ PATERNINA						
Nombre de quien reporta el evento	VICTOR JOSE CRUZ PATERNINA						

IDENTIFICACIÓN DEL AFECTADO

Nombre:	ROBERTO ANTONIO AGAMEZ JIMENEZ	Edad:	27 AÑOS
Ocupación:	AYUDANTE DE OBRA	Antigüedad en la labor (semanas):	
Sección de trabajo:	FRENTE DE OBRA - BLOQUE 2	Tiempo Incapacidad:	2 DIAS
Actividades que realizaba:	TRANSPORTE DE MEZCLADORA		
Tipo de lesión:	CONTUSION		
Parte del cuerpo lesionada:	HOMBRO Y BRAZO DERECHO		

TIPO Y AGENTE DEL EVENTO INVESTIGADO (Diligenciar en caso de Investigación de Accidentes/Incidentes)

TIPO DE LESIÓN (MARQUE CON UNA X CUÁL O CUÁLES)

	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	X	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	X	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	X	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?

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

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

CAUSAS

CAUSA INMEDIATA

ACTO SUBESTANDAR (Violación de una norma aceptada como segura)		CONDICIÓN SUBESTANDAR (Estado o condición física del objeto o material que puede causar el AT y puede ser corregida)	
Manejar equipo sin autorización		Carencia del EPP necesario	
Operar a velocidad insegura		Elaborado con materiales inadecuados	
Hacer inoperables los dispositivos de seguridad		Insuficiente espacio de trabajo	
Usar equipo/herramienta inadecuada/ defectuosa		Iluminación inadecuada	
Usar equipo en forma inapropiada		Uso de equipos/procedimientos de por si peligrosos	X
No usar/usar inadecuadamente el EPP		Ayuda inadecuada para levantar objetos pesados	
Cargar, colocar o almacenar inadecuadamente	X	Riesgos ambientales en trabajos exteriores	
Levantar en forma incorrecta		Riesgos naturales	
Posicionamiento inadecuado para la labor	X	Riesgos de tráfico	
Prestar servicio al equipo en movimiento		Guardas o barreras inadecuadas	
Falta de atención-olvido		Defectos mecánicos en equipos o herramientas	
No asegurar o advertir		Defectos eléctricos en equipos o herramientas	
Uso inapropiado de las manos o partes del cuerpo		Sistema de advertencia deficiente	
Errores de conducción		Peligro de incendio o explosión	
Otros		Orden y aseo deficientes	
		Condiciones ambientales peligrosas	
		Otras	

CAUSAS BÁSICAS

FACTORES PERSONALES		FACTORES DE TRABAJO	
CONOCIMIENTO		**SUPERVISIÓN**	
Falta de Educación/Experiencia		Mala programación del trabajo	
Falta de entrenamiento teórico		Instrucción inadecuada	
Falta de orientación		Supervisión inadecuada	X
ESTRÉS		**ADQUISICIÓN**	
Cansancio, falta de concentración		Especificación inadecuada	
Ambiente de trabajo inapropiado	X	Selección inadecuada del proveedor	
Exigencia de trabajo excesiva		Transporte inadecuado de materiales	X
HABILIDAD		**HERRAMIENTAS Y EQUIPOS**	
Falta de orientación práctica		Uso incorrecto del equipo	
Falta de práctica		No disponible o faltante	
Exceso de confianza	X	Herramientas y equipos inadecuados	
MOTIVACIÓN		**DISEÑO E INGENIERÍA**	
Intento de ahorrar tiempo		Criterio inadecuado de diseño	
Ejemplo inapropiado de supervisión		Normas inadecuadas	
Aceptar desempeño inadecuado		Inspección inadecuada	
OTROS		**MANTENIMIENTO E INSTALACIONES**	
		Mantenimiento deficiente	
		Mantenimiento de rutina no realizado	
		Fallas en el mantenimiento correctivo	
		OTROS	

OTRAS CAUSAS

CONCLUSIONES OBTENIDAS DE LA INVESTIGACIÓN
TRANSPORTE INADECUADO DE MATERIALES Y EQUIPOS FALTA DE COORDINACIÓN EN TRABAJOS GRUPALES SUELOS Y PISOS CON AGUA Y RESBALOSOS

MEDIDAS DE INTERVENCIÓN

MEDIDAS CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

Actividad	Responsable	Fecha
CAPACITACIÓN TRANSPORTE ADECUADO DE MATERIAES Y EQUIPOS	ENCARGADO SST	20/09/2024

SEGUIMIENTO

Resultados obtenidos	Verificó	Fecha

Nombre y Firma del Jefe Inmediato o Supervisor

Karday Caraballo
Nombre y firma del representante COPASST

Roberto
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 DE GESTION INTEGRAL	Versión 1
		COD. SST F027
	LECCIÓN APRENDIDA	PAG. 1 DE 1

PROYECTO:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE							
FECHA	26/08/2024	TIPO DE EVENTO	Accidente	X	Incidente			
FRENTE DE OBRA	BLOQUE 2							

DESCRIPCIÓN DEL EVENTO (ACCIDENTE /INCIDENTE)

EL DÍA 26 DE AGOSTO DE 2024 EL TRABAJADOR ROBERTO SE DISPONÍA A TRANSPORTAR UNA MEZCLADORA CON UN COMPAÑERO DESDE EL BLOQUE 2 A LA BODEGA, EN DICHO RECORRIDO, EL COMPAÑERO SE RESBALA Y COMO CONSECUENCIA LE CAE TODO EL PESO AL COMPAÑERO ROBERTO PRODUCIENDO UN FUERTE DOLOR EN EL BRAZO DERECHO.

CAUSAS	COMO SE PUDO EVITAR
• LEVANTAR DE FORMA INCORRECTA • AMBIENTE DE TRABAJO INAPROPIADO • USO DE EQUIPOS O PROCEDIMIENTOS DE POR SI PELIGROSOS • EXCESO DE CONFIANZA	• EVITAR EL LEVANTAMIENTO DE CARGAS POR ENCIMA DE LOS HOMBROS • APLICAR TECNICAS DE MANIPULACION ADECUADAS EN CADA CASO PARA REALIZAR LAS TAREAS ADOPTANDO POSTURAS CORRECTAS

¿CUÁL FUE EL APRENDIZAJE?

- SOCIALIZACION DE LECCION APRENDIDA
- APLICAR LAS TECNICAS DE MANIPULACION ADECUADAS EN CADA CASO PARA REALIZAR LAS TAREAS ADOPTANDO POSTURAS CORRECTAS

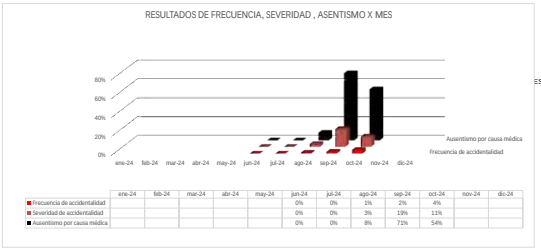
FIRMA DEL TRABAJADOR	Roberto

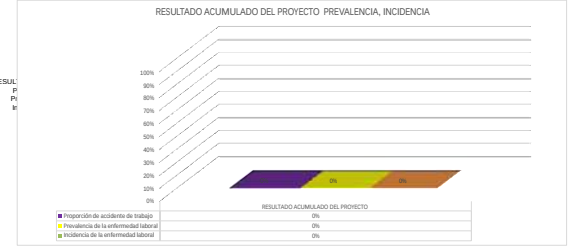
Anexo 13, Cálculo de indicadores de accidentalidad directos

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%	4%		
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%	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%	11%		
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%	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%	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%	54%		

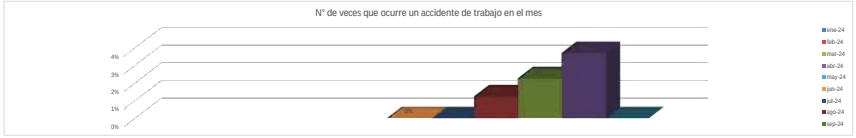




FORMULA FRECUENCIA DE ACCIDENTALIDAD

(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	4		
Denominador						18	11	80	88	108		
Resultado						0%	0%	1%	2%	4%	#¡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	12		
Denominador						18	11	80	88	108		
Resultado						0%	0%	3%	19%	11%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
Interpretación	Por cada cien (100) trabajadores que laboraron en el mes, se perdieron X días por accidente de trabajo											



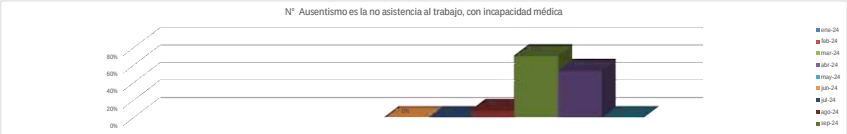
FORMULA PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD LABORAL

(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			0
Denominador						18	11	80	88	108			61
Resultado						0%	0%	0%	0%	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	13		
Denominador						20	24	24	24	24		
Resultado						0%	0%	8%	71%	54%	#¡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			0
Denominador						18	11	80	88	108			61
Resultado						0%	0%	0%	0%	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			0
Denominador						0	0	0	0	0			0
Resultado						0%	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 1.

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

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

FECHA	NOMBRE DEL EMPLEADO	CÉDULA	TIPO DE ENTREGA					ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN																Firma
			Reposición	Perdida	ENTREGA PERIÓDICA: Primera del año	ENTREGA PERIÓDICA: Segunda del año	ENTREGA PERIÓDICA: Tercera del año	Casco 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	Gafas de seguridad	Arnes de seguridad	Correa para soldar	Peto y polaina soldar	Chaleco reflectivo	
24/10/24	Pedro Fernandez	73432693				✓								✓										
24/10/24	Diver Avila	1003367688				✓								✓	✓		✓							
24/10/24	Marco Blanco	1193555241				✓								✓	✓		✓							
24/10/24	Jorge Morelo	1072523581				✓								✓	✓		✓							
24/10/24	Leonardo Rivera	15620960				✓								✓	✓									
24/10/24	Gabriel Moreno	1025296008				✓								✓										
24/10/24	Oswaldo Urango	1131058401				✓								✓										
24/10/24	Yeiner Brand	1193545998				✓								✓	✓		✓							
24/10/24	Eduardo Arreta	1131005563				✓								✓	✓									
24/10/24	Andres España	1010092215				✓								✓										
24/10/24	Hugo Garay	1005708579				✓								✓			✓							
24/10/24	Ivan Doria	1064210879				✓								✓			✓							
24/10/24	Carlos Hestia	1057085948				✓									✓									
24/10/24	Julio Posso	1072522158				✓								✓										
24/10/24	Ricardo Hoyos	1007554070				✓								✓										
24/10/24	Jorge Castillo	1047043732				✓								✓										
24/10/24	Jairo Valencia	72212811			✓	✓											✓							
26/10/24	Oswaldo Urango	1131058401	✓												✓									
26/10/24	Pedro Fernandez	73432693			✓										✓		✓							
26/10/24	Julio Posso	1072522158			✓												✓							

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 contribuyan a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Eliminar los errores y deficiencias de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador dictados en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO Art. 56 y Art. 58 numeral 1; LEY 9 DE 1979, Art. 80, DECRETO 1295 DE 1994, Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP asumo su pena de verme incurso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedara archivado en el area de seguridad y salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado del CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE.

RESPONSABLE

Bloque 2

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

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

FECHA	NOMBRE DEL EMPLEADO	CÉDULA	TIPO DE ENTREGA					ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN																Firma
			Reposición	Perdida	ENTREGA PERIÓDICA: Primero del año	ENTREGA PERIÓDICA: Segundo del año	ENTREGA PERIÓDICA: Tercero 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	Correa para posicionamiento	Peto y polaina soldar	Chaleco reflectivo	
24/10/24	Luis Sepúlveda.	1131109665				✓								✓			✓							Luis Sepúlveda
24/10/24.	Jesús Tamas.	1131108265				✓								✓										Jesús Tamas
24/10/24.	Wilfrido Marquez	15621843				✓								✓	✓									Wilfrido
24/10/24.	William de Agosta	1067400596				✓								✓										
24/10/24.	Daniel Monterroza	1129504510				✓								✓										
24/10/24	Alexander Vergara	1131108585				✓								✓		.	✓							
24/10/24	Carlos Sarmiento	78700868				✓								✓										
24/10/24	Manuel Toba.	15029586.				✓								✓	✓									
24/10/24	Ani Luz Suarez	1002453380				✓								✓										Ani Luz
24/10/24	Jaider Chamorro	92640310				✓								✓										Jaider Ch
24/10/24.	Wilfrido Marquez	15621843				✓								✓										Wilfrido
24/10/24	Cristian Habeych	1082522613			✓										✓		✓							
24/10/24.	Fader Vargas	1003655340			✓										✓		✓							Fader Vargas
24/10/24	Camilo Sierra	1052408765			✓									✓	✓		✓							Camilo Sierra
24/10/24	Yofran Suarez					✓								✓	✓									Yofran
24/10/24	Julio Pinzon	1131111625															✓							
24/10/24	Manuel Mullan	1131108476			✓										.	.	✓							
24/10/24	Jaime Carrascal	78096914		.	✓									✓			✓							
24/10/24	Juan Lopez.	1003656434	✓		.									✓	.									
26/10/24.	Daniel Monterroza	1129504510	✓		.												✓							

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 contribuyan 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 cada vez que lo requiera y cumpliendo con mis deberes como trabajador dictados en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO. Art. 57 y Art. 58 numeral 7. LEY 9 DE 1979: Art. 84. DECRETO 1295 DE 1994: Art. 32. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo su vida de vencimiento en fallos penales o disciplinarios. El presente compromiso quedará archivado en el area de seguridad y salud en el trabajo como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado del CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE.

RESPONSABLE

Bloque 3.

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

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

FECHA	NOMBRE DEL EMPLEADO	CÉDULA	TIPO DE ENTREGA					ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN																	Firma
			Reposición	Perdida	ENTREGA PERIÓDICA: Primero del año	ENTREGA PERIÓDICA: Segundo del año	ENTREGA PERIÓDICA: Tercero del año	Casco de seguridad	Gafas de seguridad	Protección facial	Protectores Auditivos tipo copa	Protectores Auditivos de Inserción	Protector respiratorio	Camisa manga larga	Overol	Botas Plasmongas punta acerada	Botas de cuero con punta acerada	Guantes de Vaqueta	Guantes de carnaza	Arnés de seguridad	Careta para soldar	Peto y polainas soldar	Chaleco reflectivo	
24/10/24	Jan Insignare	1131110865				✓								✓											
24/10/24	Abraham Rodriguez	1193043889				✓								✓											
24/10/24	Carlos Sierra	1131106681				✓								✓											
24/10/24	Kener Gonzalez	1007245339				✓								✓											
24/10/24	John Barquet	15621529				✓								✓											
24/10/24	Juan Garay	1193142465				✓								✓											
24/10/24	Yeina Hernandez	1003561521				✓								✓	✓										
24/10/24	Luis Ladeuth	1131106805				✓								✓											
24/10/24	Jairo Ramos	18857561				✓								✓											
25/10/24	Heliodoro Roda	78717284				✓								✓	✓										
28/10/24	Jhoan Hernandez	1014558274				✓											✓								
28/10/24	Adrian Diaz	1007245348																							

Mi compromiso a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contribuyen a mi bienestar físico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.
Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO. Art. 56 y Art. 58 numeral 1. LEY 9 DE 1979. Art. 83, DECRETO 1295 DE 1994. Art. 33. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pago de cierre semanal en faltas graves o disciplinario. El presente compromiso quedara 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 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	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 Punteras punta reforzada	Botas de cuero con punta reforzada	Guantes de Vaqueta	Guantes de carnaza	Arnés de seguridad	Careta para soldar	Peto y polainas soldar	Chaleco reflectivo	
24/10/24	Hanuel Miranda	1064309595				✓								✓										
24/10/24	Ezequiel Pivott	1193317178				—								—			✓							
24/10/24	Jorge Garzón	15682314				✓								✓										
24/10/24	Oscar chicca	1311104582				—								—										
24/10/24	Jorge Garzón	15682314	✓												✓									

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 (Implemento tipo de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador establecidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO Art. 56 y Art. 58 numeral 7, LEY 9 DE 1979, Art. 86, DECRETO 1295 DE 1994, Art. 32. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo no para de verse sometido 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

Blage 1.

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

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

FECHA	NOMBRE DEL EMPLEADO	CÉDULA	TIPO DE ENTREGA					ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN																Firma
			Reposición	Perdida	ENTREGA PERIÓDICA: Primera del año	Segunda del año	Tercera del año	Cascos de seguridad	Gafas de seguridad	Protección facial	Protectores Auditivos tipo copa	Protectores Auditivos de inserción	Protector respiratorio	Camisa manga larga	Overol	Botas Pantaneras punta acerada	Botas de cuero con punta acerada	Guantes de Vaqueta	Guantes de carnaza	Arnés de seguridad	Careta para soldar	Peto y polaina soldar	Chaleco reflectivo	
17/10/24	Hugo Garay	1035708729	✓															✓						Hugo Garay
19/10/24	Jorge Morelo	1072523581	✓															✓						
19/10/24	Hugo Garay	1035708729	✓															✓						Hugo Garay
19/10/24	Reiner Bravo	1193543998	✓															✓						Reiner Bravo C
19/10/24	Leonardo Rivera	15620960	✓															✓						Leonardo Rivera

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

Stephanny Garay
RESPONSABLE

Bloque 2.

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

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

FECHA	NOMBRE DEL EMPLEADO	CÉDULA	TIPO DE ENTREGA					ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN																Firma
			Reposición	Perdida	ENTREGA PERIÓDICA: Primera del año	Segunda del año	Tercera del año	Cascos de seguridad	Gafas de seguridad	Protección facial	Protectores Auditivos tipo copa	Protectores Auditivos de inserción	Protector respiratorio	Camisa manga larga	Overol	Botas Pantaneras punta acerada	Botas de cuero con punta acerada	Guantes de Vaqueta	Guantes de carnaza	Arnés de seguridad	Careta para soldar	Peto y polaina soldar	Chaleco reflectivo	
18/10/24	Lisia Pena.																	✓						
22/10/24	Diego Barrera	15725762	✓															✓						Diego B.
23/10/24	Yeiner Bravo	1193543998	✓															.	✓					Yeiner Bravo C
23/10/24	Leonardo Rivera	15620960	✓															✓						Leo V I O
23/10/24	Faider Vargas	1003655340	✓															✓						Faider Vargas

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.

Stephanny Garay
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	Proteger 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	
19/10/2024	Kevin Sierra	1131104278	✓	✓				✓										✓						
19/10/2024	Iván Garay.	1193142465	✓															✓						
19/10/2024	Carlos Sierra.	1131106681	✓															✓						
18/10/2024	Yeiner Hernandez	1003561521	✓															✓						
18/10/2024	Heliodoro Prada.	78717284	✓															✓						
19/10/2024	Luis Ladeuth	1131108805	✓															✓						
22/10/2024	Pedro Marquez	1131107808	✓						✓															
22/10/2024	Jairo Ramos	18857561	✓															✓						
23/10/2024	Kevin Sierra	1131104278	✓															✓						
23/10/2024	Johnny Parra	15034495	✓															✓						
23/10/2024	Iván Garay.	1193142460	✓															✓						
23/10/2024	Jhon Banquet.	15621529	✓															✓						

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 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.

Stephanny Garay
RESPONSABLE

800

Plomero

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	
04/10/24	Ezequiel Picott	1193317178	✓															✓						Ezequiel Picott C.
07/10/24	Manuel Miranda	1064309595	✓						✓									✓						Manuel Miranda
08/10/24	Eliecer Cores	1131104988	✓						✓															ELIECER
02/10/24	Julian Barrios S.	92230393	✓						✓									•						Julian Barrios
18/10/24	Oscar chica.	1131104582	✓															✓						Oscar CHICA
19/10/24	Ezequiel picott.	1193317178	✓															✓						Ezequiel Picott.
	verificado hc																							

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.

Stephanny Garay
RESPONSABLE

801

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			Cascos de seguridad	Gafas de seguridad	Protección facial	Protectores Auditivos tipo copa	Protectores Auditivos de inserción	Protector respiratorio	Camisa manga larga	Overol	Botas Pantaneras punta reforzada	Botas de cuero con punta acerada	Guantes de Vaqueta	Guantes de carnaza	Arnés de seguridad	Careta para soldar	Peto y polaina soldar	Chaleco reflectivo	
					Primera del año	Segunda del año	Tercera del año																		
02/10/2024	German Peralta	1005708638	✓															✓							
04/10/2024	Jan David Ramos	1131114981	✓															✓							
04/10/2024	Johan Zuñiga	1131104030	✓															✓							
04/10/2024	John Banquet	1572529	✓															✓							
05/10/2024	Carlos Blanquicet	1104187738	✓													✓									
07/10/2024	Kevin Sierra	1131104278	✓						✓									✓							
07/10/2024	Oscar Causil	1073809586	✓						✓									✓							
08/10/2024	Abraham Rodriguez	1193043989																✓							
08/10/2024	Daniel Palomino	78030594	✓															✓							
08/10/2024	Abraham Rodriguez	1193043989	✓													✓									
09/10/2024	Iván Garay		✓															✓							
09/10/24	Luis Sepúlveda	1131109665	✓						✓									✓							
10/10/24	Kenya Durango	1131107550	✓															✓							
10/10/24	Jhonny Doria	15034491	✓															✓							
10/10/24	Juan Insignare	1131110865	✓															✓							
10/10/24	Daniel palomino	78030594	✓															✓							
12/10/24	Carlos Serra	1131106681	✓						✓									✓							
12/10/24	Jairo Ramos	18857561	✓						✓									✓							
12/10/24	Luis Ladeuth	1131108808	✓															✓							
14/10/24	Oscar Causil	1073809586	✓						✓									✓							
15/10/24	Kenya Durango	1131107550	✓															✓							

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.

Stephanny Garay

RESPONSABLE

Bloque 2

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

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

FECHA	NOMBRE DEL EMPLEADO	CÉDULA	TIPO DE ENTREGA					ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN																Firma
			Reposición	Perdida	ENTREGA PERIÓDICA: Primera del año	Segunda del año	Tercera del año	Cascos de seguridad	Gafas de seguridad	Protección facial	Protectores Auditivos tipo copa	Protectores Auditivos de inserción	Protector respiratorio	Camisa manga larga	Overol	Botas Pantaneras punta acerada	Botas de cuero con punta acerada	Guantes de Vaqueta	Guantes de carnaza	Arnés de seguridad	Careta para soldar	Peto y polaina soldar	Chaleco reflectivo	
04/10/2024	Diego Barrera	15715762							✓															
04/10/24	Ever Fuentes	92539319	–															✓						×Ever Fuentes A.
04/10/24	Manuel julio.	1131084476	✓						✓									✓						×Manuel
04/10/24	Kenya Durango	1131107550			✓									✓	✓									×KENYA D.F.
05/10/24	Julio Pinzón.	1131111625	✓															✓						×Julio
07/10/24	Yoran Suarez		✓						✓									✓						×Yoran
07/10/24	William de Agustin	1067400596	✓						✓									✓						×William
07/10/24	Heiner Hurtado	85083807	–						✓									✓						×Heiner
07/10/24.	Manuel Miranda	1084309595	–						.															
07/10/24	Jesús Tarra S.	1131082665	–						–									✓						×Jesús Tarra S
07/10/24	Eusebio Viloria.	1007245394	–						✓									✓						Eusebio
07/10/24	Jaider Vargas	1003655340	✓						✓									✓						×Jaider Vargas
07/10/24	Jonis Ladeus.	1005708413	✓															✓						×Jonis
07/10/24	Diego Barrera	15715762	–															✓						×Diego S
08/10/24	Daniel Hernandez.	1129504510	✓															✓						×Daniel
08/10/24	Cristian Habarogs	1072522613	–															✓						×Cristian
08/10/24	Julio Pinzón	1131111625	–		✓									✓										×Julio
08/10/24	Sergio Atencio.	1003655472			–									✓										×Sergio Atencio
08/10/24	Jaider chamorro	9640310.																✓						×Jaider Cha
09/10/24	Sergio Atencio	1003655472			✓										✓									×Sergio Atencio
09/10/24	Julio Pinzón	1131111625			✓										✓									×Julio Pinzón
09/10/24	Kevin Durango	1131104024			✓									✓	✓									×Kevin

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.

Stephanny Garay
RESPONSABLE

Bloque 1

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

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

FECHA	NOMBRE DEL EMPLEADO	CÉDULA	TIPO DE ENTREGA					ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y DOTACIÓN																	Firma
			Reposición	Perdida	ENTREGA PERIÓDICA: Primera del año	Segunda del año	Tercera del año	Cascos de seguridad	Gafas de seguridad	Protección facial	Protectores Auditivos tipo copa	Protectores Auditivos de inserción	Protector respiratorio	Camisa manga larga	Overol	Botas Pantaneras punta acerada	Botas de cuero con punta acerada	Guantes de Vaqueta	Guantes de carnaza	Arnés de seguridad	Careta para soldar	Peto y polaina soldar	Chaleco reflectivo	
04/10/24	Jorge Castillo	1042043732	✓															✓						
04/10/24	Yeiner Bravo	1193543998			✓				✓					✓										
04/10/24	Fair Diaz	72215503			✓									✓										
04/10/24	Eduardo Arrieta	1131105563	✓		✓				✓															
07/10/24	Jorge Morelo	1072523581	✓						✓									✓						
07/10/24	Marco Atencio	1193556241	✓						✓									✓						
07/10/24	Luis Miguel Contreras	1131168111	✓						✓									✓						
07/10/24	Yeiner Bravo	1193543998	✓						✓									✓						
07/10/24	Leonardo Rivera	15620960	✓						✓									✓						
07/10/24	Oswaldo Urango	1131108401	✓						✓									✓						
08/10/24	Anluz Suarez	1007245380	✓						✓									✓						
09/10/24	Dyer Arrieta	1003367687			✓											✓		✓						
09/10/24	Jorge Morelo	1072523581	✓															✓						
09/10/24	Sergio																							
09/10/24	Marvel Julio	1118108476			✓										✓									
09/10/24	Eusebio Viloria	1007245394			✓			✓						✓	✓									
09/10/24	Alexander Vargas	1113108085			✓										✓									
09/10/24	Manuel Tobar	1502586			✓				✓															
10/10/24	Juan Orea	1064310879	✓												✓									
10/10/24	Yeiner Bravo	1193543998	✓												✓									
10/10/24	Andres España	1010092215	✓												✓									

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 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.

Stephanny Garay
RESPONSABLE

804

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	Bodas de cuero con punta acerada	Guantes de Vaqueta	Guantes de carnaza	Arnés de seguridad	Careta para soldar	Peto y polaina soldar	Chaleco reflectivo	
17/09/2024	Pedro Murillo.	92229029	✓													✓								*Pedro Murillo
17/09/2024	Pedro Marquez	1131107808	✓													✓								* Pedro M.P
20/09/2024	Juan David Correa	1192777765			✓												✓								* Juan Correa
23/09/2024	Kevin Sierra.	1131104278		✓												✓									*Kevin Sierra
26/09/2024	Carlos Sierra.	1131106681	✓															✓							*Carlos Siena
26/09/2024	Juan Correa	1192777765	✓															✓							* Juan Correa
26/09/2024	Daniel Palomino	78030594	✓															✓							[illegible]
26/09/2024	Juan Irsigrave.	1131110865	✓															✓							[illegible]
26/09/2024	Pedro Marquez.	1131107808	✓															✓							* Pedro M.P
26/09/2024	Kevin Sierra	1131104278	✓															✓							*Kevin Sierra
26/09/2024	Juan David Ramos	1131111481	✓															✓							[illegible]
26/09/2024	Oscar Cassil	1073809586	✓															✓							[illegible]
26/09/2024	Javier Barreto	1067663238	✓															✓							[illegible]
26/09/24	Cesar Peralta	1005798688	✓															✓							[illegible]
26/09/24	Abraham Rodriguez	1193413889	✓															✓							[illegible]
26/09/24	Pedro Murillo	92229029	✓															✓							*Pedro Murillo
26/09/24	Heiner Hernandez	1003561521	✓															✓							*Heiner Hernandez
Faino	[illegible]	1885751	✓															✓							Faino [illegible]
26/09/24	Gustavo Ramos	1131110304	✓															✓							*GUSTAVO RODOLFO
26/09/24	Carlos Blanquicet	1104867731	✓															✓							*Carlos Blanquicet
26/09/24	Juan Garay	1193142465	✓															✓							[illegible]
26/09/24	Carlos Ladeuth	1131108805	✓															✓							*Carlos Ladeuth.

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.

Stephanny Garay
RESPONSABLE

805

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: Auxiliar SST A: PROGRAMADA E: EJECUTADA NA- No aplico en actividades del periodo R: Reprogramada											A	E			A	E			A	E			A	E
Inspección de maquinaria	SEMANAL														A	E							A	E		
Inspección de extintores (de campo, oficina y vehículos)	MENSUAL														A	E							A	E		
Inspección de botiquín de primeros auxilios	MENSUAL														A	E							A	E		
Inspección de orden y aseo	SEMANAL										A	E	A	E	A	E	A	E	A	E	A	E	A	E	A	E
Inventario de equipos y herramienta	MENSUAL														A	E							A	E		
Inventario/Inspeccion de sustancias quimicas	MENSUAL														A	E							A	E		
inspeccion/inventario señalizacion	MENSUAL														A	E							A	E		
Inspeccion preoperacional de Maquina	DIARIO-SEMANA										A	E	A	E	A	E	A	E	A	E	A	E	A	E	A	E
Inspeccion preoperacional de compactador manual	DIARIO-SEMANA										A	NA	A	E	A	NA	A	NA	A	E	A	NA	A	NA	A	NA
Inspeccion preoperacional de Motobomba	DIARIO-SEMANA										A	NA	A	NA	A	NA	A	NA	A	NA	A	NA	A	NA	A	NA
Inspeccion preoperacional de Mezcladora de concreto	DIARIO-SEMANA										A	NA	A	E	A	NA	A	NA	A	NA	A	E	A	NA	E	E
Inspeccion preoperacional de pulidora	DIARIO-SEMANA										A	NA	A		A	NA	A	NA	A	E	A	E	A	E	A	E
inspeccion de equipos contracaida	MENSUAL														A	NA							A	NA		
Inspeccion preoperacional cortadora	DIARIO-SEMANA										A	NA	A	NA	A	NA	A	NA	A	NA	A	NA	A	NA	A	NA

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

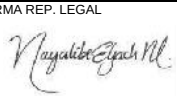
ACTIVIDAD/TEMA	FRECUENCIA	RESPONSABLE	DICIEMBRE 2024								ENERO 2025								FEBRERO 2025							
			S1		S2		S3		S4		S1		S2		S3		S4		S1		S2		S3		S4	
			P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E	P	E
Inspección estado de EPP y dotacion	SEMANAL	Ver letra del responsable marcando la fecha planeada de la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

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

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

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

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

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

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	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 New Holland

OPERADOR: Iván Salgado Cruz **FECHA:** 20/10/2024.

(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	(N)	- Instala señales de advertencia a la carga que sobresale	(V)
- Estado de cargador y balde	(V)	- Verifica en el área existencia de tuberías, cableado eléctrico o ductos.	(V)
- Estado de retrovisores	(N)	- Emplea el lenguaje de señales con sus ayudantes	(V)
- Estado malacates o diferenciales	(N)	OTROS:	
- Está dotado de banderas de señalización	(X)	- 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					
Ivan Salgado Cruz.					

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

PROYECTO	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
FECHA	20/10/2024.

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

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

OBSERVACIONES

COORDINADOR SST

Stephanny Garay
AUXILIAR SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	VERSION. 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:	20/10/2024.
UBICACION:	Campamento. SEÑALIZACIÓN: SI ✓ NO _

ITEM	INSUMO	CANTIDAD	CONTIENE	NO CONTIENE	FECHA DE EXPIRACION	REGISTRO INVIMA
1	Isodine espuma	1	✓		2/2/26	2017 DM-0016064.
2	Isodine solución	1	✓		03/26	2021M-0013440-R1
3	Gasa aséptica	16	✓		04/29	2015DM-0003258-R1.
4	Curas	20	✓		03/29	2017 DM 0016502.
5	Venda elastica 3x5	0		✓		
6	Alcohol	2	✓		06/26.	2020M 0007725-R1.
7	Micropore Rollo	1	✓		25/01/29	2015DM-0003331-R1.
8	Algodón paquete (25 gr)	1	✓		25/01/29	2019DM-0020064.
11	Sales de rehidratación oral,	0		✓		
12	Baja lenguas (paquete x 20)	29	✓		20/12/28	No requiere registro.
13	Solución salina o agua estéril 250 ml	3	✓		05/26.	
14	acetamofen	0		✓		
15	tijeras	1	✓			
16	Jabón	0		✓		
17	Tapabocas	0		✓		
18	Baja lenguas	29	✓		20/12/28	No Requiere Registro.
	Otros: Termómetro.	1	✓			
	Guantes	3	✓		10/12/28	2015 DM 000 3606R1

OBSERVACIONES :

RESPONSABLE DE LA EJECUCIÓN DE LA INSPECCIÓN

	Stephanny Garay.
FIRMA COORDINADOR SST	FIRMA AUXILIAR SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

REGISTRO PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA PESADA/EQUIPOS.

VERSIÓN 1

Cod: SST-F-65

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

MODELO: 2012. — SEMANA DEL: 14/10/24 al 19/10/24 — SERIAL: JAFO1220CLM455692

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	MIERCOLES BIEN	MIERCOLES MAL	JUEVES BIEN	JUEVES MAL	VIERNES BIEN	VIERNES MAL	SABADO BIEN	SABADO MAL	DOMINGO BIEN	DOMINGO MAL
ELECTRICO / TABLERO DE CONTROL	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	✓														
	*Traseros de trabajo (Reflectivo)	✓														
	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 fluido 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		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Visibe Panoramico	✓														
	*Kit para Derrames			✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	*Extintor de Incendios Capacidad: 5lb		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Casing 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 (tensionadas)	✓														
	Mecanismo de giro y seguridad cuchilla	✓														
	Estado de las Hojas de empuje o Niveladora	✓														
	Mecanismo de giro (Tornamesa)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Bomba Hidráulica		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Correas de transmisión en buen estado	✓														
	*Mandos de giratorio		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Mando de estacionamiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado general descargador (balde)	✓														
	*Mandos de levante del brazo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de filtro de aire		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de filtro de combustible		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Pasadores y bujillos en buen estado		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Estado de cilindro (amortiguadores)	✓														
	* Resguardos		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Andenes de desplazo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Guardas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado del bastidor	✓														
	Ausencia de ruidos extraños en el motor		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Motor sin goteras		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Escape (Humo de escape)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Operador: Firma		Juan S		Juan S		Juan S		Juan S		Juan S		Juan S			
	Autorización para uso de Máquina por Ing. Residente: Firma		V°M		J°M		J°M		J°M		J°M		J°M			

DIA	OBSERVACIONES
LUNES	
MARTES	
MIERCOLES	
JUEVES	
VIERNES	
SABADO	
DOMINGO	

(*) Indica que el registro es obligatorio en los ítems (*). Ausencia de indicativo para opcional.

Para el caso de los ítems que no pertenezcan, seleccionarlo en la opción (n/a). Se deberá reportar las observaciones encontradas en el apartado "Observaciones" y/o mediante el reporte de novedades.

CONTINUAR DE OPERACIÓN Y ACEPTACIÓN

NOTA: Cualquier novedad o hallazgo encontrado, debe ser reportada inmediatamente al Supervisor del Proyecto, Ingeniero Residente o Coordinador HSEQ.

TIPO: Registro de verificación que debe ser llenado por el Maquinista.
REFERENCIA: Diligenciar la Lista de Chequeo antes de iniciar labores con la Maquinaria o Equipo.
No. [illegible]: Significa que existe novedad y/o No Maquinar, visualizar el Proyecto.

ROJO: No Maquinar en el Proyecto.
AMARILLO: Supervisar el Proyecto.
N/A: No Aplica.

SUBIDO: 0
VALOR: 0

(Firma) Stephanny G.
Nombre:
Maquinista SST

Vo.Bo. (Firma)
Nombre:
Coordinador SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

REGISTRO PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA PESADA/EQUIPOS.

VERSION 1

Cod: SST-F48

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

MODELO: 2012. — SEMANA DEL: 07/10/24 al 12/10/24 — SERIAL: JJ4F0227OLLM455692

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 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 (Reflector)	✓														
	Delatera de giro (derecha, izquierda)	✓														
	*Baliza	✓														
HIDRAULICO	*Nivel de aceite del motor (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Nivel de aceite en la transmisión (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Nivel del sistema hidraulico (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Nivel del liquido de refrigerante del sistema de refrigeración (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		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Visor Panoramico	✓														
	*Kit para Derrames			✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	*Extintor de incendios Capacidad: 5lbs		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Cabina antivuelco (R.O.P.S)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Asiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Escalones y apoyos de acceso		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Llantas bien asadas (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Presión de aire de las llantas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
MECANICO	* Servotransmisión	✓														
	* Dirección	✓														
	Estado de pasadores		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado y tensión de las correas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de pedales		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de Orugas (tensionadas)	✓														
	Mecanismo de giro y accionamiento cuchillas	✓														
	Estado de las Hojas de empuje o Nivelación	✓														
	Mecanismo de giro (Tornamesa)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Bomba Hidraulica		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Corona de tornamesa en buen estado	✓														
	*Mandos de aviamos		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* 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)	✓														
	* Rueguenios		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Amdajes de contrapeso		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Guardas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado del bastidor	✓														
	Ausencia de ruidos extraños en el motor		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Motor sin goteras		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Escape (Humo de escape)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Operador: Firma		Yhors		Yhors		Yhors		Yhors		Yhors		Yhors			
	Autorización para uso de Máquina por Ing. Residente: Firma															

DIA	OBSERVACIONES
LUNES	
MARTES	
MIERCOLES	
JUEVES	
VIERNES	
SABADO	
DOMINGO	

El incumplimiento de cualquier (X) indicativo lo indujera para operar.

Para el inicio de Tod. todos que lo operen han leido cuidado en la opción inicial, de detectar cualquier falla que afecten el Inspector Residente. Terminada la jornada de la Obra, estará a cargo los conductores, el responsable de la maquinaria, los mismos a cargo de detectar las anomalías a cargo de informar al encargado de mantenimiento.

CONFORMIDAD DE OPERACION Y ACEPTACION

Con el presente registro la ingeniera encargada de mantenimiento de la constructora se encuentra satisfecha con el Proceso, servicio y realización de mantenimiento y/o reparación.

NOTA: TIPO: Tendrá en consideración: con Señor o Señora de la Maquina. — NOMBRE: Nombre del Operador de la Maquina. — FIRMA: Con la cual autoriza el uso de la maquina y cargo correspondiente. — OBSERVACIONES: Cualquier novedad según la capacidad o especificaciones técnicas de la Maquina y Estimante de la Maquina. — EMPLEADO: Cualquier novedad en el uso de la maquina y cargo correspondiente. — N.S. No aplica. — No. Interno: Identificación interna propia de la Maquina, asignada al Proyecto.

Stephanny.

(Cargo) (Nombre) Auxiliar SST

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

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	REGISTRO PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA PESADA/EQUIPOS.	VERSION 1 Cod: SST-F40

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

MODELO: 2012. — SEMANA DEL: 01/10/24 a 05/10/24. — SERIAL: JAFOL220LM455692

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 batería, bornes y cables		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de temperatura		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de aceite		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de batería		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de refrigerante		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de combustible		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Indicador de filtro de aire		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Horometro		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
LUCES	*Frontales de trabajo	✓														
	*Traseras de trabajo (Reflector)	✓														
	Señales de giro (derecha, izquierda)	✓														
	*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 reposo (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
GENERAL	*Espejo central convexo			✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	*Espejos laterales	✓														
	*Alarma de retroceso			✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	Pito		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Freno de servicio		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Freno de estacionamiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Cinturones de seguridad		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Vidrio Panorámico	✓														
	*Kit para Derrames			✓		✓		✓		✓		✓		✓		
	*Extintor de incendios Capacidad: 5lbs		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Cabina antivuelco (R.O.P.S)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Asiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Espejuelos y apoyos de acceso		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Llantas buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Presión de aire de las llantas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
MECANICO	* Servotransmisión	✓														
	* Dirección	✓														
	Estado de pasadores		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado y tensión de las correas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de pedales		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de Orugas (tensionadas)	✓														
	Mecanismo de giro y escarificación cuchillas	✓														
	Estado de las Hojas de empuje o Nivelación	✓														
	Mecanismo de giro (Torremeza)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Bomba Hidráulica		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Corona de torremeza en buen estado	✓														
	*Mandos de avance		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Mando de estacionamiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado general desgarrador (baldo)	✓														
	*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 basidor	✓														
	Ausencia de ruidos extraños en el motor		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Motor sin grietas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Exosto (Humo de escape)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Operador: Firma		Evan S.		Evan S.		Evan S.		Evan S.		Evan S.		Evan S.			
	Autorización para uso de Máquina por Ing. Residente: Firma															

DIA	OBSERVACIONES
LUNES	
MARTES	
MIERCOLES	
JUEVES	
VIERNES	
SABADO	
DOMINGO	

El incumplimiento de cualquiera de los ítems (*) inhabilita la máquina para operar.

Para el caso de los ítems que no se encuentren en la opción (mal), se deberá reportar las observaciones encontradas al Ingeniero Residente Tecnico/supervisor de la Obra, para que este le comunique al responsable de la maquinaria y/o equipo, este deberá dar los correctivos a lugar de manera inmediata.

CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN

Con el presente registro declaramos que personal designado, en la ejecución de la(s) labor(es) autorizada(s) en el Permiso, cumple a satisfacción con lo requerido.

NOTAS

TIPO: Conjunto de características que definen la función de la Máquina.
REFERENCIA: Clasificación según la capacidad o especificaciones dadas por la Marca o Fabricante de la Maquinaria.
No. INTERNO: Identificación interna asignada por la Obra/Cliente, propietario del Proyecto.
MODELO: Año de fabricación de la Máquina.
CAPACIDAD: Capacidad nominal o No. de pasajeros o carga a ser transportada.
N/A: No aplica.
BUENO: Cumple con lo requerido.
MAL ESTADO: No cumple con lo requerido.

(Firma) Stephanny Garay
(Nombre)
Auxiliar SST

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

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

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

EQUIPO: Mezcladora MARCA: —O—

SEMANA: DESDE 7/10/24 HASTA 19/10/24

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 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 Garay	NOMBRE x Daniel

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: —○—

SEMANA: DESDE 07/10/24 HASTA 12/10/24.

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 G.	NOMBRE

Stephanny Garay. Yeiner Bruno C.

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

FORMATO INSPECCION DE EQUIPO
VIBROCOMPACTADOR - RANA-CANGURO

Codigo:SST - F032

VERSION 1

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

FRENTE: Bloque 1.

FECHA INICIAL 07/10/24 **FECHA FINAL** 12/10/24. **No Serie o Identificacion**

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

EQUIPOS



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

El siguiente item se evaluará semanalmente y lo evaluara el Jefe Inmediato o SST de Campo
(Marque en la casilla SI 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

x. Yoinis Bravo. C	Stephanny Garay	
FIRMA DEL OPERADOR	FIRMA AUXILIAR SST	FIRMA CORDINADOR SST
NOMBRE	NOMBRE Stephanny Garay.	NOMBRE

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

PROYECTO:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE				
EQUICO COD.	Tronzadora.			SERIE:	00212622
ACTIVIDAD:	Corte de acero.			MARCA:	Makita.
SEMANA DEL	14/10	AL	19/10	DE	2024.

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

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

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

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

SEGUIMIENTO

Ana Luz Suarez Morales	Stephanny Garay.	
FIRMA DEL OPERADOR	FIRMA AUXILIAR SST	FIRMA SUPERVISOR SST
NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE

818

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:	— O —
ACTIVIDAD:	Corte de acero			MARCA:	Dewalt
SEMANA DEL	07/10	AL	12/10	DE	2024.

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

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

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

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

SEGUIMIENTO

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

819

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:	00212622.
ACTIVIDAD:	Corte de acero y alambre.			MARCA:	Makita.
SEMANA DEL	07/10	AL	12/10	DE	2024

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

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

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

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

SEGUIMIENTO

	Stephanny Garay	
FIRMA DEL OPERADOR	FIRMA AUXILIAR SST	FIRMA SUPERVISOR SST
NOMBRE Jorge Castillo C.	NOMBRE Stephanny G.	NOMBRE

820

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.	Pulidora			SERIE:	053529
ACTIVIDAD:	Corte de acero			MARCA:	Dewalt.
SEMANA DEL	07/10	AL	12/10	DE	2024.

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

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

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

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

SEGUIMIENTO

Jorge Castillo C.	Stephanny Garay	
FIRMA DEL OPERADOR	FIRMA AUXILIAR SST	FIRMA SUPERVISOR SST
NOMBRE	NOMBRE	NOMBRE

821

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.	Polidora				SERIE:	053529	
ACTIVIDAD:	Corte de acero				MARCA:	Dewalt.	
SEMANA DEL	01/10	AL	05/10	DE	2024.		

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

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

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

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

SEGUIMIENTO /

Ricardo Manjares	Stephanny Coral	
FIRMA DEL OPERADOR	FIRMA AUXILIAR SST	FIRMA SUPERVISOR SST
NOMBRE	NOMBRE Stephanny Coral	NOMBRE

822

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:	00212622	
ACTIVIDAD:	Corte de acero y alambre		MARCA:	Makita.	
SEMANA DEL	01/10/2024.	AL 05/10	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

	Stephanny Garay	
FIRMA DEL OPERADOR	FIRMA AUXILIAR SST	FIRMA SUPERVISOR SST
NOMBRE Jorge Castillo C.	NOMBRE Stephanny G.	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:	—○—
ACTIVIDAD:	Corte de acero			MARCA:	Dewalt.
SEMANA DEL	01/10	AL	05/10	DE	2024.

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

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

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

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

SEGUIMIENTO

* Kevin Sierra	Stephanny Garay	
FIRMA DEL OPERADOR	FIRMA AUXILIAR SST	FIRMA SUPERVISOR SST
NOMBRE	NOMBRE Stephanny G.	NOMBRE

824

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/ Octubre / 2024.
COORDINADOR SST	[illegible]
AUXILIAR SST	Stephanny Garay.

TIPO DE EXTINTOR	CLASE AGENTE EXTINTOR	CAPACIDAD	FECHA ACTUAL	FECHA PROXIMA	UBICACIÓN	CONDICIONES DEL EXTINTOR																	
						PRESIÓN		ETIQUETA		MANÓMETRO		RECIPIENTE		MANIJA		PALANCA		MANGUERA		BOQUILLA		PERNO	
						B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M
ABC	Polvo Químico Seco.	10lbs.	Jul/24	Jul/25	Bodega	✓		✓		✓		✓		✓		✓						✓	
ABC	Polvo Químico seco	5lbs	Jun/24	Jun/25	Minicargador	✓		✓		✓		✓		✓		✓				✓		✓	

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 tenerlo en servicio profesional.

Bloque 3

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:	11/Oct/2024

NOMBRES Y APELLIDOS	LISTA DE VERIFICACION																				ACCIÓN CORRECTIVA
	CASCO		TAPABOCAS		BARBIQUEJO		GAFAS DE SEGURIDAD		VISOR FACIAL		PROTECCION RESPIRATORIA		PROTECCION AUDITIVA		GUANTES VAQUETA		GUANTES NITRILO		OVEROL		CAMISA		BOTAS DE SEGURIDAD		BOTAS PANTANERAS		CHALECO	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
Germán Alonso Peralta Cadenas.	✓		✓				✓								✓				✓		✓		✓				✓		REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Kevin David Sierra Zuñiga.	✓		✓				✓								✓				✓		✓		✓				✓		REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Gustabo Ramos Díaz	✓		✓				✓									✓			✓		✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Iván Dario Garay Gloria.	✓		✓				✓								✓					✓		✓	✓		✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Oscar Miguel Causil Galvan.	✓		✓				✓								✓				✓		✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Daniel Dario Palomino Alvarez	✓		✓				✓								✓				.		✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Pedro Jafet Pelegrino Marquez	✓		✓				✓								✓						✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Kenet Gonzalez Barquet.	✓		✓				✓								✓				✓		✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Juan Carlos Insignare Gloria.	✓		✓				✓								✓				✓			✓	✓		✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Yeiner Luis Hernandez Alvarez	✓		✓				✓								✓				✓		✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Jairo Ramos Rodriguez.	✓		✓				.	✓							✓				✓		✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Carlos Mario Sierra Pitello	✓		✓				✓								✓				✓		✓				✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Josh Jairo Barquet Dorado.	✓		✓		✓		✓								✓				.		✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Pedro Murillo de Hoyos.	✓		✓		✓		✓								✓				✓		✓				✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Juan David Ramos Díaz.	✓		✓		✓		✓								✓				.		✓		.		✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Abraham Rodriguez Escudero	✓		✓				✓								.				✓		✓				✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Heladoro Prada Pegino	✓		✓				.								.				✓		✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Carlos Blanquicet Rivera.	✓		✓				✓								✓				✓		✓		✓						REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Jhonny Doria. 14.01.24																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL

B: BUEN ESTADO - M: MAL ESTADO

RESPONSABLES:			
NOMBRE		NOMBRE	Stephanny Garay
FIRMA COORDINADOR SST		FIRMA AUXILIAR SST	Stephanny Garay

826

Bloque 1

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:	11/Oct/2024.

NOMBRES Y APELLIDOS	LISTA DE VERIFICACION																										ACCIÓN CORRECTIVA
	CASCO		TAFILETE CASCO		BARBUQUEJO		GAFAS DE SEGURIDAD		VISOR FACIAL		PROTECCION RESPIRATORIA		PROTECCION AUDITIVA		GUANTES VAQUETA		GUANTES NITRILO		OVEROL		CAMISA		BOTAS DE SEGURIDAD		BOTAS PANTANERAS		CHALECO	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
Ani Luz Suarez Morales.	✓		✓				✓					✓	✓		✓				✓		✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Manuel de Jesús Domínguez Pacheco	✓		✓				✓										✓		✓		✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Osvaldo Urango Hernández	✓		✓				✓										✓		✓		✓		✓		·		✓		REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Yeiner Bravo Castro.	✓		✓				✓								✓				·		✓				✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Jorge Eliecer Cantillo Gutierrez.	·	✓	✓				✓								✓				✓		✓			✓	✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Iván Danilo Doria Tirado	✓		✓				✓								✓				✓		✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Luis Miguel Contrera Rinco.	✓		✓				✓								✓				✓		✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Jarlin Valencia.	✓		✓												·						·		✓		✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Andrés Felipe España Pinzon	✓		✓												✓				✓		✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Eduardo Arrieta Paternina.	✓		✓				✓								·	✓			✓		✓		✓				✓		REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Carlos Mestra Gonzalez.	✓		✓				✓								✓						✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Eroc Diaz Acosta.	✓		✓												✓				✓		✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Hugo Garay Gloria.	✓		✓				✓								✓				✓		✓			✓	✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Leonardo Fabio Rivera Garrido	✓		✓				✓								✓						✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Aldrin Robert Valencia.	✓		✓		·	✓									✓						✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Gabriel Moreno Licona.	✓		✓				✓								✓				✓		✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Jorge Luis Morelo Martinez	✓		✓				✓								✓						✓				✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Marco Atencio Avila.	✓		✓				✓								✓				✓		✓				✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Dyer José Avila Florez.	✓		✓				✓								✓										✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Ricardo José Manjarrez Pareja.	✓		✓				·	✓								✓			✓		✓				✓		✓		REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Pedro Fernandez Benavides.	✓		✓				·								✓										✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL

B: BUEN ESTADO - M: MAL ESTADO

RESPONSABLES:			
NOMBRE		NOMBRE	Stephanny Garay
FIRMA COORDINADOR SST		FIRMA AUXILIAR SST	Stephanny Garay

827

Plomero.

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:	11 / Oct / 2024.

NOMBRES Y APELLIDOS	LISTA DE VERIFICACION																										ACCIÓN CORRECTIVA
	CASCO		TARILETE CASCO		BARBUQUEJO		GAFAS DE SEGURIDAD		VISOR FACIAL		PROTECCION RESPIRATORIA		PROTECCION AUDITIVA		GUANTES VAQUETA		GUANTES NITRILO		OVEROL		CAMISA		BOTAS DE SEGURIDAD		BOTAS PANTANERAS		CHALECO		
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
Juan Francisco Barrios Cortina	✓		✓				✓								✓				✓		✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Rafael Esteban Garrido Cardenas	✓		✓				✓									✓			✓		✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Jorge Fliecer Garzón López																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL

B: BUEN ESTADO - M: MAL ESTADO

RESPONSABLES:			
NOMBRE		NOMBRE	Stephanny Garay
FIRMA COORDINADOR SST		FIRMA AUXILIAR SST	Stephanny Garay

828

Bloque 2

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:	11/Oct/2024

NOMBRES Y APELLIDOS	LISTA DE VERIFICACION																										ACCIÓN CORRECTIVA
	CASCO		TAPALETE CASCO		BARBUQUEJO		GAFAS DE SEGURIDAD		VISOR FACIAL		PROTECCION RESPIRATORIA		PROTECCION AUDITIVA		GUANTES VAQUETA		GUANTES NITRILO		OVEROL		CAMISA		BOTAS DE SEGURIDAD		BOTAS PANTANEROS		CHALECO	
	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	B	M	
William José de Agustin H.	✓		✓				✓								✓				✓		✓		✓			✓			REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Camilo Andrés Sierra Zuñiga.	✓		✓																		✓				✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Ivan Lopez Torres.	✓		✓						✓										✓		✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Diego Alejandro Barrera Otavela.	✓		✓														✓		✓		✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Daniel David Montenegro Gonzalez	✓		✓				✓								✓				✓		✓				✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Luis Sepúlveda Aguas.	✓		✓					✓							✓						✓			✓		✓			REPOSICION: GUANTES ✓ GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Faider Elias Vargas Cadena.	✓		✓				✓								✓						✓				✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Cristian Mahariga Cadena	✓		✓				✓								✓						✓		✓		✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
Jaime Luis Camargal Avila.	✓		✓				✓								✓				✓		✓				✓				REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL
																													REPOSICION: GUANTES GAFAS CUBRE BOCA CASCO BOTAS CAMISA OVEROL

B: BUEN ESTADO - M: MAL ESTADO

RESPONSABLES:			
NOMBRE		NOMBRE	Stephanny Garay
FIRMA COORDINADOR SST		FIRMA AUXILIAR SST	Stephanny Garay

829

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

REGISTRO PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA PESADA/EQUIPOS.

VERSIÓN 1

Cód. SST-F45

TIPO DE MAQUINA/EQUIPO: Minicargador | MARCA: Case.

MODELO: 2022. | SEMANA DEL: 14/10/24 - 19/10/24 | SERIAL: JAFSR200CM1M409418

OBJETO DE CONTRATO:

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

SOLICITUD DE LA REVISIÓN	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 / SISTEMA 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 (Reflectivo)															
	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 liquido de refrigerante del sistema de enfriamiento (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Mangueras, tubos, conectores y racores (verificar ausencia de fugas)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
GENERAL	*Freno o pedal (cervo)	✓														
	*Espejos laterales	✓														
	*Alarma de retroceso		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Pito		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Freno de servicio	✓														
	* Freno de estacionamiento	✓														
	*Cinturones de seguridad		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Visión Panorámica	✓														
	*Kit para Derrames			✓												
	*Extintor de incendios Capacidad:		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Cabina antivuelco (R.C.P.S)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Aseo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Escalera y soporte de acceso		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Llantas buen estado (sin cortaduras profundas y sin abultamientos)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Presión de aire de las llantas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
MECANICO	* Apuntamiento	✓														
	* Dirección	✓														
	Estado de pasadores		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado y tensión de las correas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de pedales	✓														
	Estado de Chapas (bloqueadas)	✓														
	Mecanismo de giro y estabilización cuchillas	✓														
	Estado de las Hojas de empuje o Niveladora		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Mecanismo de giro (Tornamesa)	✓														
	*Bomba Hidráulica		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Correa de transmisión en buen estado	✓														
	* Nivel de aceite		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Manija de estacionamiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado general desgarrador (balde)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Mandos de brazo del brazo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de filtro de aire		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de filtro de combustible		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Pasadores y bombas 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 (Ruido de escape)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Operador: Firma:		Alexis Vargas		Alexis Vargas		Alexis Vargas		Alexis Vargas		Alexis Vargas		Alexis Vargas			
	Autorización para uso de Máquina por Ing. Residente: Firma:															

DIA	OBSERVACIONES
LUNES	
MARTES	
MIERCOLES	
JUEVES	
VIERNES	
SABADO	
DOMINGO	

El mantenimiento es realizado en las horas (*) indicadas o máximo para operar

Para el retiro de los ítems que no aplican por seguridad se le dejará registro de observaciones correspondientes al Supervisor, Residente, Coordinador de la Obra para evaluación del mismo y de ser necesario se le realizará el mantenimiento correspondiente.

CONDICIÓN DE ACEPTACIÓN Y ACEPTACIÓN

Cualquier anomalía reportada durante el proceso constituirá un rechazo de la maquinaria en la verificación. El equipo no podrá ser utilizado hasta que la anomalía sea corregida y verificada satisfactoriamente por el Residente, Supervisor o Coordinador SST.

META	TPS: Cumplir con el mantenimiento preventivo de la maquinaria.	MODELO: No. de Fabricación de la Máquina.	SUELO: B
	REFERENCIA: Mantenimiento preventivo de la maquinaria.	EPILEPSIA: Capacidad de la máquina en kg, toneladas o cargas que transporta.	ANCLO: M
	Tu ACCIÓN: Asegurar que el mantenimiento preventivo de la maquinaria se realice de forma.	EE. Ruido	

Firma: Stephanny Garay
Cargo: Auxiliar SST

Vo. Bo. Firma:
Nombre:
Coordinador SST

CONSORCIO CMO
HOSPITAL SUCRE

REGISTRO PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA PESADA/EQUIPOS.

VERSION 1

Cod. SST-F-02

TIPO DE MAQUINA/EQUIPO: Minicargador | MARCA: Case

MODELO: 2022 | SEMANA DEL: 21/10/24 a 26/10/24 | SERIAL: JDFSR210CNM409448

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		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
CABINA	*Frenos de trabajo	✓														
	*Timones de trabajo (Reflector)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Señales de giro (derecho, 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 fluido de refrigerante del motor o 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 parqueo	✓														
	* Freno de estacionamiento	✓														
	*Cinturones de seguridad		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Vidrio Panoramico	✓														
	*Kit para Derrames			✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
	*Extintor de Incendios Capacidad: 5 lbs	•	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Cargue antivuelco (R.O.P.S)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Asiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Escalera y agarres de acceso		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Llantas muen estado (sin cortaduras profundas y en abultamientos)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Presión de aire de las llantas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
MECANICO	* Semiacoplamiento	✓														
	* Direccion	✓														
	Estado de pasadores		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado y tension de las correas		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de pantalla	✓														
	Estado de Cruces (Semiejes)	✓														
	Mecanismo de giro y seguridad pasnillas	✓														
	Estado de las Hojas de empuje o Nivelación	•	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Mecanismo de giro (Tornamesa)															
	*Bomba Hidraulica	✓	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Corona de tornamesa en buen estado	✓														
	*Manejo de pedales		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Manejo de acelerameinto		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado general desparrames (balde)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Mandos de longitud del brazo		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de filtro de aire		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado de filtro de combustible		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Pasadores y tornillos en buen estado		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Estado de cilindro (amortiguadores)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	* Retrovisores	✓														
	Antideslizantes	✓														
	Guardas	✓	✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Estado del basidor		•													
	Ausencia de ruidos extraños en el motor		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	*Motor sin ahogos		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Escape (Humo de escape)		✓		✓		✓		✓		✓		✓			
	Operador: Firma		Alexis Vega		Alexis Vega		Alexis Vega		Alexis Vega		Alexis Vega		Alexis Vega			
	Autorización para uso de Máquina por ing. Residente: Firma															

DIA	OBSERVACIONES
LUNES	
MARTES	
MIERCOLES	
JUEVES	
VIERNES	
SABADO	
DOMINGO	

N: Incumplimiento en cualquiera de las Fase (*) Afectado B: Incumplimiento para operar

Para el inicio de las fases los responsables subcontratista en la gestión inicial, se deberán verificar las observaciones encontradas al finalizar la Fase, para que antes de la continuación del mantenimiento de mantenimiento sin novedad, y dicha descripción las acciones a seguir de ejecución para el siguiente fin mantenimiento.

OBSERVACIONES DE VERIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN

En el presente apartado el Supervisor encargado o residente, en la verificación de la ejecución del mantenimiento del Proyecto, deberá consignar cualquier novedad encontrada.

NOTA: TIPO: Describir el mantenimiento realizado (Correctivo o Preventivo) | REPUESTOS: Describir cuales repuestos fueron usados para dicho Mantenimiento | EQUIPO: Describir el estado en el que se encuentra el equipo luego de realizado el mantenimiento | RESPONSABLE: Describir el nombre del responsable de la ejecución del mantenimiento

Firma: Stephanny Gaviria
(Nombre)
Auxiliar SST

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

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INSPECCIÓN DE MAQUINAS	COD: S VERSION

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

EQUIPO A INSPECCIONAR Minicargador

OPERADOR: Alexis Vargas. **FECHA:** 20/6/2024

(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	(X)
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	(V)
- Estado de cargador y balde	(V)	- Verifica en el área existencia de tuberías, cableado eléctrico o ductos.	(V)
- Estado de retrovisores	(N)	- Emplea el lenguaje de señales con sus ayudantes	(V)
- Estado malacates o diferenciales	(N)	OTROS:	
- Está dotado de banderas de señalización	(V)	- Retiro de elementos innecesarios	(V)
- Está dotado de extintor	(V)	**ACCION CORRECTIVA**	
- La cabina está despejada y no se almacenan combustibles en ella.	(V)		
- La maquinaria está correctamente pinada y los pasadores se encuentran en buen estado.	(V)		
- El tanque de combustible no presenta fugas y está dotado de su tapa.	(V)		

APROBADO SI	✓	NO		FIRMA SST
FIRMA OPERADOR Alexis Vargas				Stephanny Garay

Anexo 16, Acta de conformación brigada de emergencias

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA DE GESTION INTEGRAL	Versión 1 COD. F023
	CONFORMACIÓN DE LAS BRIGADAS DE EMERGENCIAS	PAG. 1 DE 1

ACTA DE CONSTITUCIÓN DE LAS BRIGADAS DE EMERGENCIA

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

CONSTITUCIÓN DE LAS BRIGADAS

Siendo las 15:30 horas del día 17 del mes de Octubre de 2024 estando reunidos en el frente de obra, comparecen los trabajadores de la empresa con el objeto de levantar la presente acta, a efecto de que queden formalmente integradas las brigadas de emergencia, en cumplimiento a lo dispuesto en la Resolución 1016 de 1989; mismas que tendrán como funciones y obligaciones las establecidas en el Plan de emergencias del **CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE**. del cual se manifiestan sabedores desde ahora, firmando para los efectos de constancia.

INTEGRANTES	Nombre	Cargo	Teléfono	Firma
Jefe de Brigada primeros auxilios	Diego Bumera	Oficial	300 231-50-58	
Jefe Brigada contraincendios	IVAN DONA	OBRERO	304 477 7748	
Jefe Brigada evacuación y escate	Luis Mendoza M.	Ayudante.	324232 9369.	
Coordinador de emergencias	Andrés Manjarres	Bodeguero.	314684 8668.	

siendo las 15:30. horas de la misma fecha en que se suscribe la presente acta quedan formalmente integradas las Brigadas de emergencia arriba señaladas.

Nota: Se convocará a reunión una vez se cuente con persona adicional para apoyo de la brigada

Firma: Stephanny Garay.

Encargado de seguridad

Anexo 17, 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:				01/10/24			07/10/24			14/10/24			21/10/24.			28/10/24				
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	1	1	✓			✓			✓			✓			✓				
3	Acceso (facilidad de puesta en uso - no candados; no obstáculos en el área para acceso)			✓			✓			✓			✓			✓				
4	Estado de empaque (maletín o barril...)	und	1	✓			✓			✓			✓			✓				
5	Maletín / Contenedor	und	1	✓			✓			✓			✓			✓				
6	Bolsas Rojas	und	2	✓			✓			✓			✓			✓				
7	Paño Absorbente tela Clecfilica	und	1	✓			✓			✓			✓			✓				
8	Pala plástica	und	1	✓			✓			✓			✓			✓				
9	Cinta de Señalización	und	1	✓			✓			✓			✓			✓				
10	Etiquetas de residuos peligrosos		0			✓			✓		✓	✓						✓		
11	Overol Tyvek		0			✓			✓			✓						✓		
12	Gafas de seguridad	und	1	✓			✓			✓			✓			✓				
13	Guantes de Nitrilo	Par	1	✓			✓			✓			✓			✓				
14	Mascarilla protección vapores orgánicos	und	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			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					

836

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INVENTARIO E INSPECCION SUSTANCIAS QUIMICAS	Version. 1 Cod: SST-F11 Pag. 1 de 1

PROYECTO:	CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
AREA O FRENTE INSPECCIONADO:	Bodega
FECHA INSPECCION:	2024/10/17

LISTADO DE SUSTANCIAS QUIMICAS	Nº	INSPECCION DE SUSTANCIAS QUIMICAS	SI	NO	ACCIONES DE MEJORA	OBSERVACIONES
ACPM	1	El piso del depósito de productos químicos es plano, para un manejo sencillo y seguro y evitar derrames	✓			
GASOLINA.	2	Está suficientemente identificado y correctamente señalizado las sustancias químicas	✓			
Cemento.	3	Se dispone de las fichas de seguridad de todos las sustancias químicas que se utilizan	✓			
Aceite.	4	Las hojas de seguridad del producto químico están ubicadas en un lugar visible en el área donde se están almacenando.	✓			
	6	Las personas que manipulan las Sustancias Quimicas, cuentan con los respectivos EPP (guantes, tapabocas con cartuchos, monogafas)	✓			
	5	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 facil limpieza.	✓			
	15	Se cuenta con Kits antiderrames para controlar un eventos por derrames de Sustancias Químicas	✓			
	16	Se cuenta con minimo 1 extintor multiproposito ABC en el frente de obra o lugar de almacenamiento en caso de incendio.	✓			
	17	Se transportan las sustancias químicas teniendo encuenta las indicaciondes de la ficha tecnica.	✓			
	18	Se manipulan las sustancias químicas a distancia de cualquier equipo electico o electronico que puedan general chispas o energia estatica.	✓			
	19	Se controla el acceso al espacio donde se deponen las sustancias químicas (PROHIBIDO ENTRADA)		✓		

RESPONSABLES:	
FIRMA COORDINADOR SST	Stephanny Garay.
	FIRMA AUXILIAR SST

Anexo 18 – Certificado de entrenamiento en alturas

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SEGUIMIENTO DE CURSOS DE ALTURA	TSA SST F050
		VERSION 1

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

FECHA ACTUALIZACION 30/10/2024

LIDER DE SEGURIDAD: LUIS SALGADO

Nombre	cedula	EXAMEN ESPECIFICO Fecha D-M-A	TRABAJADOR AUTORIZADO Fecha D-M-A	REENTRENAMIENTO Fecha D-M-A	CORDINADOR Fecha D-M-A	Observaciones y Recomendaciones
MANUEL DE JESUS DOMINGUEZ PACHECO	8772760			24/10/2024		
PEDRO MIGUEL BENAVIDES FERNANDEZ	73432693			24/10/2024		
OSWALDO URANGO HERNANDEZ	1131108401		PENDIENTE			PENDIENTE
JULIO CESAR POSSO PEREZ	1072522158		24/10/2024			
JORGE ELIECER CANTILLO GUTIERREZ	1047043732			24/10/2024		
RICARDO JOSÉ MANJARREZ PAREJO	1007564070			23/10/2024		
ENOC DIAZ ACOSTA	72215503			23/10/2024		
HUGO GARAY GLORIA	1005708729		24/10/2024			
JORGE LUIS MORELO MARTINEZ	1072523581			11/09/2021		PENDIENTE
DIYER JOSE AVILA FLOREZ	1003367668			1/03/2024		PENDIENTE
LEONARDO FABIO RIVERA GARRIDO	5620960		27/10/2024			
EDUARDO DE JESUS ARRIETA PATERNINA	1131105563			23/10/2024		
GABRIEL MORENO LICONA	1072529607			23/10/2024		

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SEGUIMIENTO DE CURSOS DE ALTURA	TSA SST F050
		VERSION 1

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

FECHA ACTUALIZACION 30/10/2024

LIDER DE SEGURIDAD: LUIS SALGADO

Nombre	cedula	EXAMEN ESPECIFICO Fecha D-M-A	TRABAJADOR AUTORIZADO Fecha D-M-A	REENTRENAMIENTO Fecha D-M-A	CORDINADOR Fecha D-M-A	Observaciones y Recomendaciones
CRISTIAN DAVID MADARIAGA LADEUHT	1072522613			PENDIENTE		
JAIME LUIS CARRASCAL AVILA	78076914			24/10/2024		
DIEGO ALEJANDRO BARRERA UPARELA	15725762		24/10/2024			
JAIDER CHAMORRO ESTRADA	92640310			24/10/2024		
IVAN LOPEZ TORRES	1003656434			24/10/2024		
DANIEL DAVID MONTERROZA GONZALEZ	1129504510		24/10/2024			
LUIS EDUARDO SEPULVEDA AGUAS	1131109665			23/10/2024		
FAIDER ELIAS VARGAS LADEUS	1003655340		24/10/2024			
ALEXANDER VERGARA GALLEGO	1131108085		26/10/2024			
MANUEL DE JESUS JULIO MILLAN	1131108476		27/10/2024			

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SEGUIMIENTO DE CURSOS DE ALTURA	TSA SST F050
		VERSION 1

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

FECHA ACTUALIZACION 30/10/2024

LIDER DE SEGURIDAD: LUIS SALGADO

Nombre	cedula	EXAMEN ESPECIFICO Fecha D-M-A	TRABAJADOR AUTORIZADO Fecha D-M-A	REENTRENAMIENTO Fecha D-M-A	CORDINADOR Fecha D-M-A	Observaciones y Recomendaciones
GUSTABO RAMOS DIAZ	1131110304		24/10/2024			
DANIEL DARIO PALOMINO ALVAREZ	78030594			24/10/2024		
PEDRO JAFET MARQUEZ PELEGRINO	1131107808		27/10/2024			
JUAN DAVID RAMOS DIAZ	1131111481			24/10/2024		
OSCAR MIGUEL CAUSIL GALVAN	1073809586			24/10/2024		
CARLOS MARIO SIERRA BELLO	1131106681		27/10/2024			
YEINER LUIS HERNANDEZ ALVAREZ	1003561521		27/10/2024			
GERMAN ALONSO PERALTA CARDENAS	1005708688		27/10/2027			
JAIRO DE JESUS RAMOS RODRIGUEZ	18857561		27/10/2024			

ASISTENCIA EN RIESGOS Y PREVENCIÓN EN ALTURAS S.A.S.

ARPA CONSULTORIAS S.A.S

Dando cumplimiento a la resolución 4272 de 2021 y bajo radicado de aprobación del Ministerio del Trabajo
N° 08SE2019220000000000836 del 15 de enero de 2019, NTC 6072:2014 Bureau Veritas CO21.02026 acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE

MANUEL DE JESUS JULIO MILLAN

C.C. 1.131.108.476

Aprobó el curso de: CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

NIVEL: TRABAJADOR AUTORIZADO **INTENSIDAD DE: 32 HORAS**

Se expide el día: 27 del mes de: OCTUBRE de: 2024 en la ciudad de MONTERIA
Código: TA24-4833

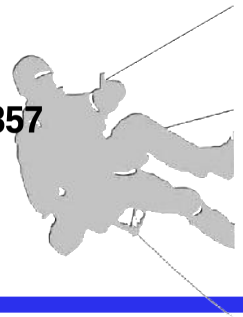
EMPRESA:	ARL:	ENVIADO POR:
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE NIT 901811441-3	SURA	NAYALIBE ELJACH MANJARREZ

Jenny D. Vanegas A.

JENNY D. VANEGAS A.
Representante Legal

Andrés Sequeda

ANDRES F. SEQUEDA MESTRA
Instructor Alturas Registro N° CEFTSA16857
Lic. SST 0418 de 2019



ARPA CONSULTORIAS S.A.S NIT: 900778417-1 CLL 53 N° 6-35 BRR LA CASTELLANA
PARA VERIFICACIÓN DEL CERTIFICADO COMUNICARSE AL TEL: 3137638354 – 3117310588
www.arpaconsultorias.com -- arpaconsultorias@gmail.com

842

ASISTENCIA EN RIESGOS Y PREVENCIÓN EN ALTURAS S.A.S.

ARPA CONSULTORIAS S.A.S

Dando cumplimiento a la resolución 4272 de 2021 y bajo radicado de aprobación del Ministerio del Trabajo
N° 08SE2019220000000000836 del 15 de enero de 2019, NTC 6072:2014 Bureau Veritas CO21.02026 acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE

GERMAN ALONSO PERALTA CARDENAS

C.C. 1.005.708.688

Aprobó el curso de: CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

NIVEL: TRABAJADOR AUTORIZADO **INTENSIDAD DE: 32 HORAS**

Se expide el día: 27 del mes de: OCTUBRE de: 2024 en la ciudad de MONTERIA
Código: TA24-4831

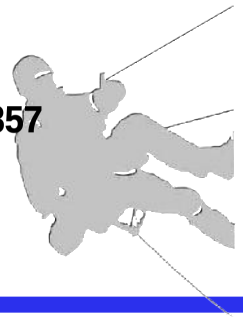
EMPRESA:	ARL:	ENVIADO POR:
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE NIT 901811441-3	SURA	NAYALIBE ELJACH MANJARREZ

Jenny D. Vanegas A.

JENNY D. VANEGAS A.
Representante Legal

Andrés Sequeda

ANDRES F. SEQUEDA MESTRA
Instructor Alturas Registro N° CEFTSA16857
Lic. SST 0418 de 2019



844

ASISTENCIA EN RIESGOS Y PREVENCIÓN EN ALTURAS S.A.S.

ARPA CONSULTORIAS S.A.S

Dando cumplimiento a la resolución 4272 de 2021 y bajo radicado de aprobación del Ministerio del Trabajo
N° 08SE2019220000000000836 del 15 de enero de 2019, NTC 6072:2014 Bureau Veritas CO21.02026 acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE

GUSTAVO ADOLFO RAMOS DIAZ

C.C. 1.131.110.304

Aprobó el curso de: CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

NIVEL: TRABAJADOR AUTORIZADO **INTENSIDAD DE: 32 HORAS**

Se expide el día: 24 del mes de: OCTUBRE de: 2024 en la ciudad de MONTERIA
Código: TA24-4815

EMPRESA:	ARL:	ENVIADO POR:
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE NIT 901811441-3	SURA	NAYALIBE ELJACH MANJARREZ

Jenny D. Vanegas A.

JENNY D. VANEGAS A.
Representante Legal

Bto Gmez Btpo.

ROBERTO A. GOMEZ RESTREPO
Instructor Alturas Registro N° 9549219
Lic. S.O 2022060010805 de 2022

ASISTENCIA EN RIESGOS Y PREVENCIÓN EN ALTURAS S.A.S.

ARPA CONSULTORIAS S.A.S

Dando cumplimiento a la resolución 4272 de 2021 y bajo radicado de aprobación del Ministerio del Trabajo
N° 08SE2019220000000000836 del 15 de enero de 2019, NTC 6072:2014 Bureau Veritas CO21.02026 acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE

HUGO ALBERTO GARAY GLORIA

C.C. 1.005.708.724

Aprobó el curso de: CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

NIVEL: TRABAJADOR AUTORIZADO **INTENSIDAD DE: 32 HORAS**

Se expide el día: 24 del mes de: OCTUBRE de: 2024 en la ciudad de MONTERIA
Código: TA24-4813

EMPRESA:	ARL:	ENVIADO POR:
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE NIT 901811441-3	SURA	NAYALIBE ELJACH MANJARREZ

Jenny D. Vanegas A.

JENNY D. VANEGAS A.
Representante Legal

Rto Gmez Rtpo.

ROBERTO A. GOMEZ RESTREPO
Instructor Alturas Registro N° 9549219
Lic. S.O 2022060010805 de 2022

ASISTENCIA EN RIESGOS Y PREVENCIÓN EN ALTURAS S.A.S.

ARPA CONSULTORIAS S.A.S

Dando cumplimiento a la resolución 4272 de 2021 y bajo radicado de aprobación del Ministerio del Trabajo
N° 08SE2019220000000000836 del 15 de enero de 2019, NTC 6072:2014 Bureau Veritas CO21.02026 acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE

IVAN LOPEZ TORRES

C.C. 1.003.656.434

Aprobó el curso de: CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

NIVEL: TRABAJADOR AUTORIZADO **INTENSIDAD DE: 32 HORAS**

Se expide el día: 24 del mes de: OCTUBRE de: 2024 en la ciudad de MONTERIA
Código: TA24-4808

EMPRESA:	ARL:	ENVIADO POR:
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE NIT 901811441-3	SURA	NAYALIBE ELJACH MANJARREZ

Jenny D. Vanegas A.

JENNY D. VANEGAS A.
Representante Legal

Rto Gmez Rtpo.

ROBERTO A. GOMEZ RESTREPO
Instructor Alturas Registro N° 9549219
Lic. S.O 2022060010805 de 2022

ASISTENCIA EN RIESGOS Y PREVENCIÓN EN ALTURAS S.A.S.

ARPA CONSULTORIAS S.A.S

Dando cumplimiento a la resolución 4272 de 2021 y bajo radicado de aprobación del Ministerio del Trabajo N° 08SE2019220000000000836 del 15 de enero de 2019, NTC 6072:2014 Bureau Veritas CO21.02026 acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE

ALEXANDER VERGARA GALLEGO

C.C. 1.131.108.085

Aprobó el curso de: CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

NIVEL: TRABAJADOR AUTORIZADO **INTENSIDAD DE: 32 HORAS**

Se expide el día: 26 del mes de: OCTUBRE de: 2024 en la ciudad de MONTERIA
Código: TA24-4824

EMPRESA:	ARL:	ENVIADO POR:
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE NIT 901811441-3	SURA	NAYALIBE ELJACH MANJARREZ

Jenny D. Vanegas A.

JENNY D. VANEGAS A.
Representante Legal

José Viloria

JOSE M. VILORIA MONSALVE
Instructor Alturas Registro N° CEFTSA16858
Lic. SST 01120 de 2020

ASISTENCIA EN RIESGOS Y PREVENCIÓN EN ALTURAS S.A.S.

ARPA CONSULTORIAS S.A.S

Dando cumplimiento a la resolución 4272 de 2021 y bajo radicado de aprobación del Ministerio del Trabajo
N° 08SE2019220000000000836 del 15 de enero de 2019, NTC 6072:2014 Bureau Veritas CO21.02026 acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE

CARLOS MARIO SIERRA BELLO

C.C. 1.131.106.681

Aprobó el curso de: CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

NIVEL: TRABAJADOR AUTORIZADO **INTENSIDAD DE: 32 HORAS**

Se expide el día: 27 del mes de: OCTUBRE de: 2024 en la ciudad de MONTERIA
Código: TA24-4827

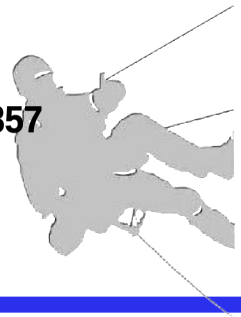
EMPRESA:	ARL:	ENVIADO POR:
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE NIT 901811441-3	SURA	NAYALIBE ELJACH MANJARREZ

Jenny D. Vanegas A.

JENNY D. VANEGAS A.
Representante Legal

Andrés Sequeda

ANDRES F. SEQUEDA MESTRA
Instructor Alturas Registro N° CEFTSA16857
Lic. SST 0418 de 2019



Bogotá D.C., octubre 28 de 2024

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que STEPHANNY GARAY SALGADO, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1131104122, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS COORDINADOR 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: UIGESS COLOMBIA SAS
ENTRENADOR: JOHN MARIO PARRA CARVAJAL
SEDE DONDE SE FORMÓ: UIGESS COLOMBIA S.A.S
EMPLEADOR: CUEROS VELEZ S.A.S.
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SEGUROS BOLIVAR

SECTOR ECONÓMICO: INDUSTRIAL
FECHAS DE FORMACIÓN: 19/02/2023 a 26/02/2023
INTENSIDAD HORARIA: 80 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día octubre 28 de 2024

Bogotá D.C., octubre 28 de 2024

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que LUIS EDUARDO SALGADO PADILLA, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1067280132, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS CURSO ACTUALIZACIÓN DE COORDINADORES TRABAJO SEGURO EN ALTURAS RES. 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: ARPA CONSULTORIAS S A S
ENTRENADOR: JOSE MIGUEL VILORIA MONSALVE
SEDE DONDE SE FORMÓ: ARPA CONSULTORIAS SAS
EMPLEADOR: CONSORCIO MONTAJES RURAL
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: COLPATRIA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 02/01/2024 a 03/01/2024
INTENSIDAD HORARIA: 16 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día octubre 28 de 2024

ASISTENCIA EN RIESGOS Y PREVENCIÓN EN ALTURAS S.A.S.

ARPA CONSULTORIAS S.A.S

Dando cumplimiento a la resolución 4272 de 2021 y bajo radicado de aprobación del Ministerio del Trabajo
N° 08SE2019220000000000836 del 15 de enero de 2019, NTC 6072:2014 Bureau Veritas CO21.02026 acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE

DANIEL DARIO PALOMINO ALVAREZ

C.C. 78.030.594

Aprobó el curso de: CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

NIVEL: REENTRENAMIENTO **INTENSIDAD DE: 08 HORAS**

Se expide el día: 24 del mes de: OCTUBRE de: 2024 en la ciudad de MONTERIA

Código: RCTA24-10020

EMPRESA:	ARL:	ENVIADO POR:
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE NIT 901811441-3	SURA	NAYALIBE ELJACH MANJARREZ

Jenny D. Vanegas A.

JENNY D. VANEGAS A.
Representante Legal

CARLOS D. RUIZ ESCUDERO
Instructor Alturas Registro N° CS-CER600744
Lic. S.O 202330001026 de 2023

852

ASISTENCIA EN RIESGOS Y PREVENCIÓN EN ALTURAS S.A.S.

ARPA CONSULTORIAS S.A.S

Dando cumplimiento a la resolución 4272 de 2021 y bajo radicado de aprobación del Ministerio del Trabajo
N° 08SE2019220000000000836 del 15 de enero de 2019, NTC 6072:2014 Bureau Veritas CO21.02026 acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE

DANIEL DAVID MONTERROZA GONZALEZ

C.C. 1.129.504.510

Aprobó el curso de: CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

NIVEL: TRABAJADOR AUTORIZADO **INTENSIDAD DE: 32 HORAS**

Se expide el día: 24 del mes de: OCTUBRE de: 2024 en la ciudad de MONTERIA
Código: TA24-4814

EMPRESA:	ARL:	ENVIADO POR:
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE NIT 901811441-3	SURA	NAYALIBE ELJACH MANJARREZ

Jenny D. Vanegas A.

JENNY D. VANEGAS A.
Representante Legal

Bto Gmez Rtpo.

ROBERTO A. GOMEZ RESTREPO
Instructor Alturas Registro N° 9549219
Lic. S.O 2022060010805 de 2022

853

ASISTENCIA EN RIESGOS Y PREVENCIÓN EN ALTURAS S.A.S.

ARPA CONSULTORIAS S.A.S

Dando cumplimiento a la resolución 4272 de 2021 y bajo radicado de aprobación del Ministerio del Trabajo
N° 08SE2019220000000000836 del 15 de enero de 2019, NTC 6072:2014 Bureau Veritas CO21.02026 acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE

DIEGO ALEJANDRO BARRERA UPARELA

C.C. 15.725.762

Aprobó el curso de: CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

NIVEL: TRABAJADOR AUTORIZADO **INTENSIDAD DE: 32 HORAS**

Se expide el día: 24 del mes de: OCTUBRE de: 2024 en la ciudad de MONTERIA
Código: TA24-4812

EMPRESA:	ARL:	ENVIADO POR:
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE NIT 901811441-3	SURA	NAYALIBE ELJACH MANJARREZ

Jenny D. Vanegas A.

JENNY D. VANEGAS A.
Representante Legal

Bto Gmez Btpo.

ROBERTO A. GOMEZ RESTREPO
Instructor Alturas Registro N° 9549219
Lic. S.O 2022060010805 de 2022

ASISTENCIA EN RIESGOS Y PREVENCIÓN EN ALTURAS S.A.S.

Dando cumplimiento a la resolución 4272 de 2021 y bajo radicado de aprobación del Ministerio del Trabajo
N° 08SE2019220000000000836 del 15 de enero de 2019, NTC 6072:2014 Bureau Veritas CO21.02026 acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE

EDUARDO DE JESUS ARRIETA PATERNINA

C.C. 1.131.105.563

Aprobó el curso de: CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

NIVEL: REENTRENAMIENTO **INTENSIDAD DE: 08 HORAS**

Se expide el día: 23 del mes de: OCTUBRE de: 2024 en la ciudad de MONTERIA

Código: RCTA24-10012

EMPRESA:	ARL:	ENVIADO POR:
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE NIT 901811441-3	SURA	NAYALIBE ELJACH MANJARREZ

Jenny D. Vanegas A.

JENNY D. VANEGAS A.
Representante Legal

Andrés Sequeda

ANDRES F. SEQUEDA MESTRA
Instructor Alturas Registro N° CEFTSA16857
Lic. SST 0418 de 2019

855

ASISTENCIA EN RIESGOS Y PREVENCIÓN EN ALTURAS S.A.S.

ARPA CONSULTORIAS S.A.S

Dando cumplimiento a la resolución 4272 de 2021 y bajo radicado de aprobación del Ministerio del Trabajo
N° 08SE2019220000000000836 del 15 de enero de 2019, NTC 6072:2014 Bureau Veritas CO21.02026 acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE

ENOC DIAZ ACOSTA

C.C. 72.215.503

Aprobó el curso de: CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

NIVEL: REENTRENAMIENTO **INTENSIDAD DE: 08 HORAS**

Se expide el día: 23 del mes de: OCTUBRE de: 2024 en la ciudad de MONTERIA

Código: RCTA24-10015

EMPRESA:	ARL:	ENVIADO POR:
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE NIT 901811441-3	SURA	NAYALIBE ELJACH MANJARREZ

Jenny D. Vanegas A.

JENNY D. VANEGAS A.
Representante Legal

Andrés Sequeda

ANDRES F. SEQUEDA MESTRA
Instructor Alturas Registro N° CEFTSA16857
Lic. SST 0418 de 2019

ASISTENCIA EN RIESGOS Y PREVENCIÓN EN ALTURAS S.A.S.

ARPA CONSULTORIAS S.A.S

Dando cumplimiento a la resolución 4272 de 2021 y bajo radicado de aprobación del Ministerio del Trabajo
N° 08SE2019220000000000836 del 15 de enero de 2019, NTC 6072:2014 Bureau Veritas CO21.02026 acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE

FAIDER ELIAS VARGAS LADEUS

C.C. 1.003.655.340

Aprobó el curso de: CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

NIVEL: TRABAJADOR AUTORIZADO **INTENSIDAD DE: 32 HORAS**

Se expide el día: 24 del mes de: OCTUBRE de: 2024 en la ciudad de MONTERIA
Código: TA24-4810

EMPRESA:	ARL:	ENVIADO POR:
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE NIT 901811441-3	SURA	NAYALIBE ELJACH MANJARREZ

Jenny D. Vanegas A.

JENNY D. VANEGAS A.
Representante Legal

Bto Gmez Btpo.

ROBERTO A. GOMEZ RESTREPO
Instructor Alturas Registro N° 9549219
Lic. S.O 2022060010805 de 2022

ASISTENCIA EN RIESGOS Y PREVENCIÓN EN ALTURAS S.A.S.

ARPA CONSULTORIAS S.A.S

Dando cumplimiento a la resolución 4272 de 2021 y bajo radicado de aprobación del Ministerio del Trabajo
N° 08SE2019220000000000836 del 15 de enero de 2019, NTC 6072:2014 Bureau Veritas CO21.02026 acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE

GABRIEL MORENO LICONA

C.C. 1.072.529.607

Aprobó el curso de: CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

NIVEL: REENTRENAMIENTO **INTENSIDAD DE: 08 HORAS**

Se expide el día: 23 del mes de: OCTUBRE de: 2024 en la ciudad de MONTERIA

Código: RCTA24-10014

EMPRESA:	ARL:	ENVIADO POR:
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE NIT 901811441-3	SURA	NAYALIBE ELJACH MANJARREZ

Jenny D. Vanegas A.

JENNY D. VANEGAS A.
Representante Legal

Andrés Sequeda

ANDRES F. SEQUEDA MESTRA
Instructor Alturas Registro N° CEFTSA16857
Lic. SST 0418 de 2019

858

ASISTENCIA EN RIESGOS Y PREVENCIÓN EN ALTURAS S.A.S.

ARPA CONSULTORIAS S.A.S

Dando cumplimiento a la resolución 4272 de 2021 y bajo radicado de aprobación del Ministerio del Trabajo
N° 08SE2019220000000000836 del 15 de enero de 2019, NTC 6072:2014 Bureau Veritas CO21.02026 acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE

OSCAR MIGUEL CAUSIL GALVAN

C.C. 1.073.809.586

Aprobó el curso de: CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

NIVEL: TRABAJADOR AUTORIZADO **INTENSIDAD DE: 32 HORAS**

Se expide el día: 24 del mes de: OCTUBRE de: 2024 en la ciudad de MONTERIA
Código: TA24-4811

EMPRESA:	ARL:	ENVIADO POR:
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE NIT 901811441-3	SURA	NAYALIBE ELJACH MANJARREZ

Jenny D. Vanegas A.

JENNY D. VANEGAS A.
Representante Legal

Bto Gmez Rtpo.

ROBERTO A. GOMEZ RESTREPO
Instructor Alturas Registro N° 9549219
Lic. S.O 2022060010805 de 2022

859

ASISTENCIA EN RIESGOS Y PREVENCIÓN EN ALTURAS S.A.S.

ARPA CONSULTORIAS S.A.S

Dando cumplimiento a la resolución 4272 de 2021 y bajo radicado de aprobación del Ministerio del Trabajo
N° 08SE2019220000000000836 del 15 de enero de 2019, NTC 6072:2014 Bureau Veritas CO21.02026 acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE

PEDRO JAFETH MARQUEZ PELEGRINO

C.C. 1.131.107.808

Aprobó el curso de: CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

NIVEL: TRABAJADOR AUTORIZADO **INTENSIDAD DE: 32 HORAS**

Se expide el día: 27 del mes de: OCTUBRE de: 2024 en la ciudad de MONTERIA
Código: TA24-4830

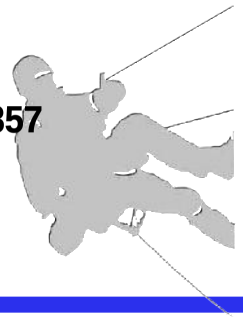
EMPRESA:	ARL:	ENVIADO POR:
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE NIT 901811441-3	SURA	NAYALIBE ELJACH MANJARREZ

Jenny D. Vanegas A.

JENNY D. VANEGAS A.
Representante Legal

Andrés Sequeda

ANDRES F. SEQUEDA MESTRA
Instructor Alturas Registro N° CEFTSA16857
Lic. SST 0418 de 2019



ARPA CONSULTORIAS S.A.S NIT: 900778417-1 CLL 53 N° 6-35 BRR LA CASTELLANA
PARA VERIFICACIÓN DEL CERTIFICADO COMUNICARSE AL TEL: 3137638354 – 3117310588
www.arpaconsultorias.com -- arpaconsultorias@gmail.com

ASISTENCIA EN RIESGOS Y PREVENCIÓN EN ALTURAS S.A.S.

ARPA CONSULTORIAS S.A.S

Dando cumplimiento a la resolución 4272 de 2021 y bajo radicado de aprobación del Ministerio del Trabajo
N° 08SE2019220000000000836 del 15 de enero de 2019, NTC 6072:2014 Bureau Veritas CO21.02026 acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE

PEDRO MIGUEL FERNANDEZ BENAVIDEZ

C.C. 73.432.693

Aprobó el curso de: CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

NIVEL: TRABAJADOR AUTORIZADO **INTENSIDAD DE: 32 HORAS**

Se expide el día: 24 del mes de: OCTUBRE de: 2024 en la ciudad de MONTERIA
Código: TA24-4809

EMPRESA:	ARL:	ENVIADO POR:
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE NIT 901811441-3	SURA	NAYALIBE ELJACH MANJARREZ

Jenny D. Vanegas A.

JENNY D. VANEGAS A.
Representante Legal

Rto Gmez Rtpo.

ROBERTO A. GOMEZ RESTREPO
Instructor Alturas Registro N° 9549219
Lic. S.O 2022060010805 de 2022

860 098

861

ASISTENCIA EN RIESGOS Y PREVENCIÓN EN ALTURAS S.A.S.

ARPA CONSULTORIAS S.A.S

Dando cumplimiento a la resolución 4272 de 2021 y bajo radicado de aprobación del Ministerio del Trabajo
N° 08SE2019220000000000836 del 15 de enero de 2019, NTC 6072:2014 Bureau Veritas CO21.02026 acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE

RICARDO JOSE MANJARRES PAREJO

C.C. 1.007.564.070

Aprobó el curso de: CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

NIVEL: REENTRENAMIENTO **INTENSIDAD DE: 08 HORAS**

Se expide el día: 23 del mes de: OCTUBRE de: 2024 en la ciudad de MONTERIA

Código: RCTA24-10016

EMPRESA:	ARL:	ENVIADO POR:
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE NIT 901811441-3	SURA	NAYALIBE ELJACH MANJARREZ

Jenny D. Vanegas A.

JENNY D. VANEGAS A.
Representante Legal

Andrés Sequeda

ANDRES F. SEQUEDA MESTRA
Instructor Alturas Registro N° CEFTSA16857
Lic. SST 0418 de 2019

862

ASISTENCIA EN RIESGOS Y PREVENCIÓN EN ALTURAS S.A.S.

ARPA CONSULTORIAS S.A.S

Dando cumplimiento a la resolución 4272 de 2021 y bajo radicado de aprobación del Ministerio del Trabajo
N° 08SE2019220000000000836 del 15 de enero de 2019, NTC 6072:2014 Bureau Veritas CO21.02026 acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE

YEINER LUIS HERNANDEZ ALVAREZ

C.C. 1.003.561.521

Aprobó el curso de: CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

NIVEL: TRABAJADOR AUTORIZADO **INTENSIDAD DE: 32 HORAS**

Se expide el día: 27 del mes de: OCTUBRE de: 2024 en la ciudad de MONTERIA
Código: TA24-4828

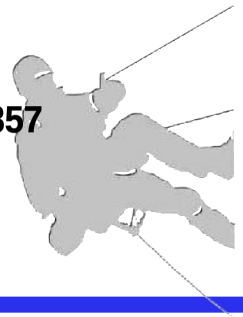
EMPRESA:	ARL:	ENVIADO POR:
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE NIT 901811441-3	SURA	NAYALIBE ELJACH MANJARREZ

Jenny D. Vanegas A.

JENNY D. VANEGAS A.
Representante Legal

Andrés Sequeda

ANDRES F. SEQUEDA MESTRA
Instructor Alturas Registro N° CEFTSA16857
Lic. SST 0418 de 2019



ARPA CONSULTORIAS S.A.S NIT: 900778417-1 CLL 53 N° 6-35 BRR LA CASTELLANA
PARA VERIFICACIÓN DEL CERTIFICADO COMUNICARSE AL TEL: 3137638354 – 3117310588
www.arpaconsultorias.com -- arpaconsultorias@gmail.com

863

ASISTENCIA EN RIESGOS Y PREVENCIÓN EN ALTURAS S.A.S.

ARPA CONSULTORIAS S.A.S

Dando cumplimiento a la resolución 4272 de 2021 y bajo radicado de aprobación del Ministerio del Trabajo
N° 08SE2019220000000000836 del 15 de enero de 2019, NTC 6072:2014 Bureau Veritas CO21.02026 acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE

JAIDER JOSE CHAMORRO ESTRADA

C.C. 92.640.310

Aprobó el curso de: CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

NIVEL: REENTRENAMIENTO **INTENSIDAD DE: 08 HORAS**

Se expide el día: 24 del mes de: OCTUBRE de: 2024 en la ciudad de MONTERIA

Código: RCTA24-10021

EMPRESA:	ARL:	ENVIADO POR:
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE NIT 901811441-3	SURA	NAYALIBE ELJACH MANJARREZ

Jenny D. Vanegas A.

JENNY D. VANEGAS A.
Representante Legal

CARLOS D. RUIZ ESCUDERO
Instructor Alturas Registro N° CS-CER600744
Lic. S.O 202330001026 de 2023

ASISTENCIA EN RIESGOS Y PREVENCIÓN EN ALTURAS S.A.S.

ARPA CONSULTORIAS S.A.S

Dando cumplimiento a la resolución 4272 de 2021 y bajo radicado de aprobación del Ministerio del Trabajo N° 08SE2019220000000000836 del 15 de enero de 2019, NTC 6072:2014 Bureau Veritas CO21.02026 acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE

JAIME LUIS CARRASCAL AVILA

C.C. 78.076.914

Aprobó el curso de: CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

NIVEL: REENTRENAMIENTO **INTENSIDAD DE: 08 HORAS**

Se expide el día: 24 del mes de: OCTUBRE de: 2024 en la ciudad de MONTERIA

Código: RCTA24-10022

EMPRESA:	ARL:	ENVIADO POR:
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE NIT 901811441-3	SURA	NAYALIBE ELJACH MANJARREZ

Jenny D. Vanegas A.

JENNY D. VANEGAS A.
Representante Legal

CARLOS D. RUIZ ESCUDERO
Instructor Alturas Registro N° CS-CER600744
Lic. S.O 202330001026 de 2023

865

ASISTENCIA EN RIESGOS Y PREVENCIÓN EN ALTURAS S.A.S.

ARPA CONSULTORIAS S.A.S

Dando cumplimiento a la resolución 4272 de 2021 y bajo radicado de aprobación del Ministerio del Trabajo
N° 08SE2019220000000000836 del 15 de enero de 2019, NTC 6072:2014 Bureau Veritas CO21.02026 acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE

JAIRO DE JESUS RAMOS RODRIGUEZ

C.C. 18.857.561

Aprobó el curso de: CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

NIVEL: TRABAJADOR AUTORIZADO **INTENSIDAD DE: 32 HORAS**

Se expide el día: 27 del mes de: OCTUBRE de: 2024 en la ciudad de MONTERIA
Código: TA24-4829

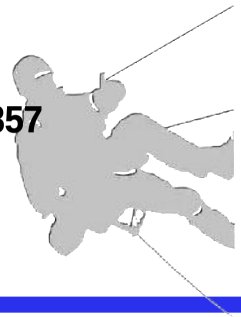
EMPRESA:	ARL:	ENVIADO POR:
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE NIT 901811441-3	SURA	NAYALIBE ELJACH MANJARREZ

Jenny D. Vanegas A.

JENNY D. VANEGAS A.
Representante Legal

Andrés Sequeda

ANDRES F. SEQUEDA MESTRA
Instructor Alturas Registro N° CEFTSA16857
Lic. SST 0418 de 2019



ARPA CONSULTORIAS S.A.S NIT: 900778417-1 CLL 53 N° 6-35 BRR LA CASTELLANA
PARA VERIFICACIÓN DEL CERTIFICADO COMUNICARSE AL TEL: 3137638354 – 3117310588
www.arpaconsultorias.com -- arpaconsultorias@gmail.com

ASISTENCIA EN RIESGOS Y PREVENCIÓN EN ALTURAS S.A.S.

ARPA CONSULTORIAS S.A.S

Dando cumplimiento a la resolución 4272 de 2021 y bajo radicado de aprobación del Ministerio del Trabajo
N° 08SE2019220000000000836 del 15 de enero de 2019, NTC 6072:2014 Bureau Veritas CO21.02026 acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE

JORGE ELIECER CANTILLO GUTIERREZ

C.C. 1.047.043.732

Aprobó el curso de: CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

NIVEL: REENTRENAMIENTO **INTENSIDAD DE: 08 HORAS**

Se expide el día: 24 del mes de: OCTUBRE de: 2024 en la ciudad de MONTERIA

Código: RCTA24-10017

EMPRESA:	ARL:	ENVIADO POR:
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE NIT 901811441-3	SURA	NAYALIBE ELJACH MANJARREZ

Jenny D. Vanegas A.

JENNY D. VANEGAS A.
Representante Legal

CARLOS D. RUIZ ESCUDERO
Instructor Alturas Registro N° CS-CER600744
Lic. S.O 202330001026 de 2023

ASISTENCIA EN RIESGOS Y PREVENCIÓN EN ALTURAS S.A.S.

ARPA CONSULTORIAS S.A.S

Dando cumplimiento a la resolución 4272 de 2021 y bajo radicado de aprobación del Ministerio del Trabajo
N° 08SE2019220000000000836 del 15 de enero de 2019, NTC 6072:2014 Bureau Veritas CO21.02026 acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE

JUAN DAVID RAMOS DIAZ

C.C. 1.131.111.481

Aprobó el curso de: CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

NIVEL: REENTRENAMIENTO **INTENSIDAD DE: 08 HORAS**

Se expide el día: 24 del mes de: OCTUBRE de: 2024 en la ciudad de MONTERIA

Código: RCTA24-10019

EMPRESA:	ARL:	ENVIADO POR:
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE NIT 901811441-3	SURA	NAYALIBE ELJACH MANJARREZ

Jenny D. Vanegas A.

JENNY D. VANEGAS A.
Representante Legal

CARLOS D. RUIZ ESCUDERO
Instructor Alturas Registro N° CS-CER600744
Lic. S.O 202330001026 de 2023

868

ASISTENCIA EN RIESGOS Y PREVENCIÓN EN ALTURAS S.A.S.

ARPA CONSULTORIAS S.A.S

Dando cumplimiento a la resolución 4272 de 2021 y bajo radicado de aprobación del Ministerio del Trabajo
N° 08SE2019220000000000836 del 15 de enero de 2019, NTC 6072:2014 Bureau Veritas CO21.02026 acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE

JULIO CESAR POSSO PEREZ

C.C. 1.072.522.158

Aprobó el curso de: CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

NIVEL: TRABAJADOR AUTORIZADO **INTENSIDAD DE: 32 HORAS**

Se expide el día: 26 del mes de: OCTUBRE de: 2024 en la ciudad de MONTERIA
Código: TA24-4825

EMPRESA:	ARL:	ENVIADO POR:
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE NIT 901811441-3	SURA	NAYALIBE ELJACH MANJARREZ

Jenny D. Vanegas A.

JENNY D. VANEGAS A.
Representante Legal

José Viloria

JOSE M. VILORIA MONSALVE
Instructor Alturas Registro N° CEFTSA16858
Lic. SST 01120 de 2020



ASISTENCIA EN RIESGOS Y PREVENCIÓN EN ALTURAS S.A.S.

ARPA CONSULTORIAS S.A.S

Dando cumplimiento a la resolución 4272 de 2021 y bajo radicado de aprobación del Ministerio del Trabajo
N° 08SE2019220000000000836 del 15 de enero de 2019, NTC 6072:2014 Bureau Veritas CO21.02026 acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE

LEONARDO FABIO RIVERA GARRIDO

C.C. 15.620.960

Aprobó el curso de: CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

NIVEL: TRABAJADOR AUTORIZADO **INTENSIDAD DE: 32 HORAS**

Se expide el día: 27 del mes de: OCTUBRE de: 2024 en la ciudad de MONTERIA
Código: TA24-4826

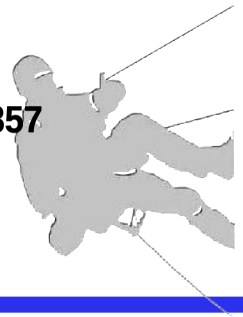
EMPRESA:	ARL:	ENVIADO POR:
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE NIT 901811441-3	SURA	NAYALIBE ELJACH MANJARREZ

Jenny D. Vanegas A.

JENNY D. VANEGAS A.
Representante Legal

Andrés Sequeda

ANDRES F. SEQUEDA MESTRA
Instructor Alturas Registro N° CEFTSA16857
Lic. SST 0418 de 2019



ASISTENCIA EN RIESGOS Y PREVENCIÓN EN ALTURAS S.A.S.

ARPA CONSULTORIAS S.A.S

Dando cumplimiento a la resolución 4272 de 2021 y bajo radicado de aprobación del Ministerio del Trabajo
N° 08SE2019220000000000836 del 15 de enero de 2019, NTC 6072:2014 Bureau Veritas CO21.02026 acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE

LUIS EDUARDO SEPULVEDA AGUAS

C.C. 1.131.109.665

Aprobó el curso de: CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

NIVEL: REENTRENAMIENTO **INTENSIDAD DE: 08 HORAS**

Se expide el día: 23 del mes de: OCTUBRE de: 2024 en la ciudad de MONTERIA

Código: RCTA24-10013

EMPRESA:	ARL:	ENVIADO POR:
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE NIT 901811441-3	SURA	NAYALIBE ELJACH MANJARREZ

Jenny D. Vanegas A.

JENNY D. VANEGAS A.
Representante Legal

Andrés Sequeda

ANDRES F. SEQUEDA MESTRA
Instructor Alturas Registro N° CEFTSA16857
Lic. SST 0418 de 2019

870

ASISTENCIA EN RIESGOS Y PREVENCIÓN EN ALTURAS S.A.S.

ARPA CONSULTORIAS S.A.S

Dando cumplimiento a la resolución 4272 de 2021 y bajo radicado de aprobación del Ministerio del Trabajo
N° 08SE2019220000000000836 del 15 de enero de 2019, NTC 6072:2014 Bureau Veritas CO21.02026 acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE

MANUEL DE JESUS DOMINGUEZ PACHECO

C.C. 8.772.760

Aprobó el curso de: CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS.

NIVEL: REENTRENAMIENTO **INTENSIDAD DE: 08 HORAS**

Se expide el día: 24 del mes de: OCTUBRE de: 2024 en la ciudad de MONTERIA

Código: RCTA24-10018

EMPRESA:	ARL:	ENVIADO POR:
CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE NIT 901811441-3	SURA	NAYALIBE ELJACH MANJARREZ

Jenny D. Vanegas A.

JENNY D. VANEGAS A.
Representante Legal

CARLOS D. RUIZ ESCUDERO
Instructor Alturas Registro N° CS-CER600744
Lic. S.O 202330001026 de 2023

Anexo 19, Permisos altura, en caliente y ATS

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN	VERSION 1
		Cod:SST-F10
	PERMISO PARA TRABAJOS EN CALIENTE	PAG. 1 DE 1

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

Desde el Día: 17 Mes: 10 Año: 24 Hora: 2:30pm	Hasta el Día: 19 Mes: 10 Año: 24 Hora: 5pm
Área donde se va a realizar el trabajo:	Bloque 1
Propósito del trabajo:	Soldadura de acero en Parrillas Para Losa.

PERMISOS ADICIONALES PARA REALIZAR ESTE TRABAJO:

Bloquao Energia Peligrosa	Eléctrica ✓		Neumática ____	**EQUIPOS A BLOQUEAR**
Permiso de trabajo en Altura Si____ No ✓ Instrucciones SST				
Permiso espacios Confinados Si____ No ✓ Instrucciones SST				

PLANEACION DE LA LABOR

ITEMS	DESCRIPCION	Si	No	N/A
1	Se cuenta con procedimiento especifico y claro para la labor a desarrollar.	✓		
2	Se dispone de los elementos o dispositivos necesarios para trabajar?	✓		
3	El personal esta calificado para desarrollar trabajos?	✓		
4	Se ha hecho una reunióncon todos los implicados en la tarea?	✓		
	AREA DE TRABAJO			
5	El area de ejecucion de la labor se encuentra limpia,aislada y es optima para la ejecucion de la tarea.	✓		
6	Se señalizo y delimito el area de trabajo, teniendo en cuenta la zona de influencia de potenciales peligros?		✓	
	EPP			
7	Casco	✓		
8	Guantes resistencia al calor	✓		
9	Guantes resistencia mecanica			
10	Botas de seguridad	✓		
11	Gafas de seguridad			
12	Careta	✓		
13	Peto o delantal de carnaza			
14	Polainas			
15	Proteccion auditiva			✓
16	Están los trabajadores autorizados entrenados en el uso de los EPP?	✓		
17	Están todos los elementos de protección ?	✓		
	VERIFICACION			
18	Se han aislado para proteger a las personas y equipos de áreas vecinas de chispas y/o resplandor	✓		
19	Se ha hecho la conexión a tierra de los equipos de soldadura u otros requeridos.			✓
20	Se dispone de extintores con capacidad suficiente para uso en caso de incendio	✓		
21	Los equipos y materiales están cubiertos y protegidos en forma correcta con materiales resistentes al fuego	✓		
22	El sitio en donde se ejecutara el trabajo esta libre de sustancias quimicas y de materiales combustibles e inflamables o estan aislados completamente	✓		
23	Los equipos a utilizar tienen los cables, conexiones, reguladores, mangueras, sopletes en buenas condiciones.	✓		
24	Los cilindros de gases industriales están ubicados en posición vertical, están con sus soportes y asegurados correctamente.			✓
25	Los ejecutores conocen el procedimiento de apagar un potencial fuego generado en este trabajo?	✓		
26	El equipo y las tuberías están aislados con flanche ciergo, drenados y desconectados?	✓		
27	Fueron tomadas precauciones para la liberación accidental de vapor/gases inflamables en el area?	✓		
28	Fueron realizadas mediciones de gases inflamables/tóxicos en tanques, manholes, líneas, cajas y canaletas		✓	
29	La válvula corta-llamas y la línea de la manguera próximas han sido marcadas en las salidas de los cilindro?			✓
30	Los cables eléctricos temporales están en buen estado, sobre zonas secas, son aéreos en zonas de circulación y están encauchetados.	✓		
	AL TERMINAR LA LABOR			
31	Se ha dejado el área de trabajo en orden y aseo?	✓		
32	Se ha entregado la máquina / equipo a quien corresponda, verificando las actividades realizadas?	✓		
33	Se retiraron todos los bloqueos, etiquetas y tarjetas?			✓
34	Se volvieron a colocar las guardas y todos los controles de seguridad de la máquina, incluyendo señales luminosas, sonoras, avisos y pictogramas?		✓	
	PLAN DE RESCATE			
33	Se conoce el plan de respuesta a emergencia del area y hay equipos suficientes?	✓		
34	En el desarrollo de su tarea es observado de forma continua.	✓		

Personalmente hemos verificado los puntos anteriores y consideramos seguro realizar el proceso

Como trabajador me comprometo a: dar por terminado el trabajo si durante la ejecución del mismo existen cambios en alguna de las condiciones: personales, locativas, de seguridad, climáticas o si escucho la señal de alarma, al igual me comprometo a avisar a la persona que me otorgo el permiso de trabajo cuando se termine la labor

INICIO DEL PERMISO			
Nombre del trabajador 1	**Firma / C.C.**	**Nombre del trabajador 4**	**Firma / C.C.**
Gabriel Marcano	1072529607		
Nombre del trabajador 2	**Firma / C.C.**	**Nombre del trabajador 5**	**Firma / C.C.**
Nombre del trabajador 3	**Firma / C.C.**	**Nombre del trabajador 6**	**Firma / C.C.**
Nombre del Emisor		**Firma / C.C.**	
Stephanny Garay		Stephanny Garay 1.131.104.182	

Este permiso no tiene validez cuando: no se evalúan todas la condiciones que apliquen en la labor, si faltan firmas de apertura o cierre, si tiene tachones o enmendaduras

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	**PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS**	TSA- SST F051
		Versión: 01 - 2024

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

1. GENERALIDADES

INICIO DEL PERMISO				FINALIZACION DEL PERMISO			
DIA	MES	AÑO	HORA	DIA	MES	AÑO	HORA
24	10	24	4:30pm				

EMPRESA QUE SOLICITA EL PERMISO	CONSORCIO MONTAJES RURAL
LUGAR DONDE SE VA REALIZA EL TRABAJO	Bloque 2
ALTURA APROXIMADA A LA CUAL SE VA A DESARROLLAR LA ACTIVIDAD (m)	4m
DESCRIPCION DEL TRABAJO	Armado de estructura

2. CLASE DE PERMISO

TRABAJO EN ALTURAS	✓	ESPACIOS CONFINADOS		TRABAJO EN CALIENTE		TRABAJO EN EXCAVACION	
TRABAJO ELECTRICO		IZAJE DE CARGAS		TRABAJO EN FRIO		OTRO CUAL?	

3. RIESGOS ASOCIADOS

FISICO		QUIMICO		BIOLOGICO		COND.SEGURIDAD		BIOMECANICOS		NATURALEZA	
Ruido		Polvos	✓	Virus		Mecánico	✓	Postura	✓	Lluvias	✓
Iluminación	✓	Líquidos		Bacterias	✓	Locativo	✓	Esfuerzo		Vendaval	
Vibración		Gas/Vapor		Hongos		Eléctrico		Mov. Repetitivo		Inundación	
Temperatura		Niebla/Rocio		Protista		Tecnológico		Manip. Manual	✓	Derrame	
Radiación		Humo Metálico		Picaduras	✓	Acc. Transito				Sismo	
Ionizante	✓	Mat. Particulado		Mordeduras		Públicos				Terremoto	
				Fluidos		Trabajo alturas	✓				
SICOSOCIAL		Contenido tarea	✓	Org. Trabajo	✓	Relac.Humanas		Monotonia		Gestión	
AMBIENTAL		Derrames o Fugas		Aguas Residu. Industriales		Aguas Residual Domesticas		Residuos Sólid. Ordinarios		Residuos Peligrosos	

4. PERSONAL AUTORIZADO PARA EJECUTAR EL TRABAJO

	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1.	Luis Sepúlveda aguas	1131109665	Ayudante.	J.u.S.e.P
2.	Manuel Julio Millán	1131108476	Ayudante	
3.				
4.				
5				
6				
7				
8				

5. ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

Casco con barbuquejo	✓	Protección Auditiva		Overol - Ropa de trabajo	✓	Careta para soldar	
Gafas de Seguridad	✓	Protección Respiratoria		Peto - Delantal		Careta con visor	
Botas de Seguridad	✓	Equipo de Autocontenido		Protector facial		Otro	

6. EQUIPOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

Punto de Anclaje		Arnes cuerpo completo	✓	Eslinga de Posicionamiento		Línea de Vida Horizontal	
Cinta de Anclaje (Tie Off)		Descendedores		Eslinga de Detención caída		Línea de Vida Vertical	
Mosqueton		Ascendedores		Arrestador o Freno		Línea de Vida Retráctil	

7. EQUIPO A UTILIZAR

Herramienta mano	✓	Pulidora		Alicates		Voltímetro	
Herram. Eléctricas		Taladro		Pinzas		Amperímetro	
Herram. Neumáticas		Rotomotor		Destornilladores		Ventiladores	
Herram. Hidráulicas		Compresor		E. Soldadura / oxicorte		Extractores	
Otros:							

8. SISTEMAS DE ACCESO PARA ALTURAS

Escalera de Extensión		Escalera tipo Tijera		Andamio	✓	Man Lift	
Escalera tipo Avión		Escalera tipo Gato		Grúa Canasta		Elevador de personas	
Escalera fija con LVV		Pretales		Montacargas		Otro, Cual?	

9. MEDIDAS DE PREVENCION

Uso de Demarcación		Ubicación de Barandas		Charla de 5 minutos	✓	Bloqueo Eléctrico	
Uso de Señalización		Control de Acceso		Control de Huecos u orificios		Bloqueo Mecánico	
Equipo de Prim. Auxilios	✓	Extintor		Bloqueo y Etiqueteado		Puesta a tierra	

10. LISTA DE CHEQUEO

CONDICIONES DE SEGURIDAD	SI	NO	N/A
Se realizó el Análisis de Trabajo Seguro? (ATS)	✓		
El personal cumple con los requisitos de aptitud medica para realizar la tarea	✓		
El personal cuenta con el equipo de protección definido para la tarea	✓		
El personal cuenta con el equipo definido para acceder al sitio	✓		
El personal cuenta con el pago de seguridad social (Eps - Afp - Arl) vigente	✓		
El equipo para acceder al sitio y el de protección personal fueron inspeccionados	✓		
Se verificó que la formación en alturas del personal esté acorde al trabajo a realizar	✓		
El sitio donde se ejecutará el trabajo está aislado y señalizado completamente	✓		
Se ha instalado cinta para aislar y señalizar la zona y no permitir el paso de vehículos o personas		✓	
Cuentan con eslinga de seguridad con absorbente de caídas	✓		
Cuentan con freno de seguridad, certificado y apropiado para el tipo de línea de vida			✓
Se cuenta con líneas de vida para cada uno de los operadores			✓
Los conectores o mosquetones son de doble seguro	✓		
Las cuerdas se encuentran libres de nudos			✓
Se han consultado otros permisos y se cumple con los requerimientos de éstos	✓		
Si va a utilizar sustancias químicas, cuenta con los controles para su manipulación			✓
Se controlaron los riesgos presentes en el sitio de trabajo	✓		
Esta presente una persona para que active el plan de emergencia en caso de ser necesario	✓		
El lugar donde realizará la labor tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse	✓		
El personal que va a realizar la labor conoce el procedimiento de emergencia y rescate		✓	
Los andamios se encuentran completos, en sus partes y accesorios	✓		
Las escaleras cumplen las especificaciones técnicas			✓
Se ha revisado las condiciones de riesgo teniendo en cuenta lineas energizadas o equipos electricos			✓

11. DESIGNACION DE AYUDANTE

Nombre	Jaime Carrascal.	**Cedula**	78076914.
Firma:		**Cargo**	Oficial.

12. AUTORIZACION DE TRABAJO

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: He verificado con el Ejecutor la aplicación del SG-SST y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.		**RESPONSABLE DE VERIFICAR CONDICIONES DE SEGURIDAD:** He verificado con el Emisor la aplicación del SG-SST y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y me comprometo a comunicarlos al grupo ejecutor, considero seguro proceder con la ejecución de este trabajo. **(Coordinador en alturas)**	
Nombre:	Romulo Ramirez.	Nombre:	Stephanny Garay
Cédula	11.000 373	Cédula	1131104.177
Firma:		Firma:	Stephanny Garay
Cargo:	Maestro	Cargo:	Aux SST

12. CANCELACION / CIERRE DEL PERMISO

NOMBRE	CARGO	FECHA	HORA	MOTIVO

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	**PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS**	TSA- SST F051
		Versión: 01 - 2024

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

1. GENERALIDADES

INICIO DEL PERMISO				FINALIZACION DEL PERMISO			
DIA	MES	AÑO	HORA	DIA	MES	AÑO	HORA
22	10	2024	7:30				

EMPRESA QUE SOLICITA EL PERMISO	CONSORCIO MONTAJES RURAL
LUGAR DONDE SE VA REALIZA EL TRABAJO	Bloque 1. / obra Hospital
ALTURA APROXIMADA A LA CUAL SE VA A DESARROLLAR LA ACTIVIDAD (m)	4m
DESCRIPCION DEL TRABAJO	Armado de Columna

2. CLASE DE PERMISO

TRABAJO EN ALTURAS	✓	ESPACIOS CONFINADOS		TRABAJO EN CALIENTE		TRABAJO EN EXCAVACION	
TRABAJO ELECTRICO		IZAJE DE CARGAS		TRABAJO EN FRIO		OTRO CUAL?	

3. RIESGOS ASOCIADOS

FISICO		QUIMICO		BIOLOGICO		COND.SEGURIDAD		BIOMECANICOS		NATURALEZA	
Ruido	✓	Polvos		Virus		Mecánico	✓	Postura	✓	Lluvias	✓
Iluminación		Liquidos		Bacterias	✓	Locativo	✓	Esfuerzo	✓	Vendaval	
Vibración		Gas/Vapor		Hongos		Eléctrico		Mov. Repetitivo	✓	Inundación	
Temperatura	✓	Niebla/Rocio		Protista		Tecnológico		Manip. Manual	✓	Derrame	
Radiación		Humo Metálico		Picaduras	✓	Acc. Transito				Sismo	
Ionizante	✓	Mat. Particulado		Mordeduras		Públicos	✓			Terremoto	
				Fluidos		Trabajo alturas	✓				
SICOSOCIAL		Contenido tarea	✓	Org. Trabajo	✓	Relac.Humanas		Monotonia		Gestión	
AMBIENTAL		Derrames o Fugas		Aguas Residu. Industriales		Aguas Residual Domesticas		Residuos Sólid. Ordinarios		Residuos Peligrosos	

4. PERSONAL AUTORIZADO PARA EJECUTAR EL TRABAJO

	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1.	Jorge Eliecer Gutierrez	1047403732	Oficial.	
2.	Eduardo Arieta.	1131105563	Ayudante.	
3.	Hugo Gray Girard.	1065708789	Ayudante.	
4.	Leonardo Rivera.	15620960	Ayudante.	
5	Jorge luis Morelo	1078523581	Ayudante.	
6	Ricardo Manjarrez	1007564070	Oficial.	
7	Yanel Dominguez P.	8772760	Oficial.	
8				

5. ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

Casco con barbuquejo	✓	Protección Auditiva		Overol - Ropa de trabajo	✓	Careta para soldar	
Gafas de Seguridad	✓	Protección Respiratoria		Peto - Delantal		Careta con visor	
Botas de Seguridad	✓	Equipo de Autocontenido		Protector facial		Otro	

6. EQUIPOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

Punto de Anclaje		Arnes cuerpo completo	✓	Eslinga de Posicionamiento		Linea de Vida Horizontal	
Cinta de Anclaje (Tie Off)		Descendedores		Eslinga de Detención caída	✓	Línea de Vida Vertical	
Mosqueton		Ascendedores		Arrestador o Freno		Linea de Vida Retráctil	

7. EQUIPO A UTILIZAR

Herramienta mano	✓	Pulidora		Alicates		Voltímetro	
Herram. Eléctricas		Taladro		Pinzas		Amperímetro	
Herram. Neumáticas		Rotomotor		Destornilladores		Ventiladores	
Herram. Hidráulicas		Compresor		E. Soldadura / oxicorte		Extractores	
Otros:							

8. SISTEMAS DE ACCESO PARA ALTURAS

Escalera de Extensión		Escalera tipo Tijera		Andamio	✓	Man Lift	
Escalera tipo Avión		Escalera tipo Gato		Grúa Canasta		Elevador de personas	
Escalera fija con LVV		Pretales		Montacargas		Otro, Cual?	

9. MEDIDAS DE PREVENCION

Uso de Demarcación		Ubicación de Barandas		Charla de 5 minutos	✓	Bloqueo Eléctrico	
Uso de Señalización		Control de Acceso		Control de Huecos u orificios		Bloqueo Mecánico	
Equipo de Prim. Auxilios	✓	Extintor	✓	Bloqueo y Etiqueteado		Puesta a tierra	

10. LISTA DE CHEQUEO

CONDICIONES DE SEGURIDAD	SI	NO	N/A
Se realizó el Análisis de Trabajo Seguro? (ATS)	✓		
El personal cumple con los requisitos de aptitud medica para realizar la tarea	✓		
El personal cuenta con el equipo de protección definido para la tarea	✓		
El personal cuenta con el equipo definido para acceder al sitio	✓		
El personal cuenta con el pago de seguridad social (Eps - Afp - Arl) vigente	✓		
El equipo para acceder al sitio y el de protección personal fueron inspeccionados	✓		
Se verificó que la formación en alturas del personal esté acorde al trabajo a realizar	✓		
El sitio donde se ejecutará el trabajo está aislado y señalizado completamente		✓	
Se ha instalado cinta para aislar y señalizar la zona y no permitir el paso de vehículos o personas	✓		
Cuentan con eslinga de seguridad con absorbente de caídas	✓		
Cuentan con freno de seguridad, certificado y apropiado para el tipo de línea de vida		✓	
Se cuenta con líneas de vida para cada uno de los operadores			✓
Los conectores o mosquetones son de doble seguro		✓	
Las cuerdas se encuentran libres de nudos			✓
Se han consultado otros permisos y se cumple con los requerimientos de éstos	✓		
Si va a utilizar sustancias químicas, cuenta con los controles para su manipulación			✓
Se controlaron los riesgos presentes en el sitio de trabajo	✓		
Esta presente una persona para que active el plan de emergencia en caso de ser necesario	✓		
El lugar donde realizará la labor tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse	✓		
El personal que va a realizar la labor conoce el procedimiento de emergencia y rescate	✓		
Los andamios se encuentran completos, en sus partes y accesorios	✓		
Las escaleras cumplen las especificaciones técnicas			✓
Se ha revisado las condiciones de riesgo teniendo en cuenta lineas energizadas o equipos electricos			✓

11. DESIGNACION DE AYUDANTE

Nombre Diyer Ania.	**Cedula** 1003367668
Firma: Diyer Jose Loaiza Arias	**Cargo** Ayudante.

12. AUTORIZACION DE TRABAJO

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: He verificado con el Ejecutor la aplicación del SG-SST y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.	**RESPONSABLE DE VERIFICAR CONDICIONES DE SEGURIDAD:** He verificado con el Emisor la aplicación del SG-SST y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y me comprometo a comunicarlos al grupo ejecutor, considero seguro proceder con la ejecución de este trabajo. **(Coordinador en alturas)**
Nombre: Javier Antol Valencia	Nombre: Stephanny Garay
Cédula 72212811	Cédula 1.131.104.122
Firma:	Firma: Stephanny
Cargo: Maestro	Cargo: Aux SST.

12. CANCELACION / CIERRE DEL PERMISO

NOMBRE	CARGO	FECHA	HORA	MOTIVO

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	**PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS**	TSA- SST F051
		Versión: 01 - 2024

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

1. GENERALIDADES

INICIO DEL PERMISO				FINALIZACION DEL PERMISO			
DIA	MES	AÑO	HORA	DIA	MES	AÑO	HORA
19	10	24	9:10am	19	10	24	12:30pm

EMPRESA QUE SOLICITA EL PERMISO	CONSORCIO MONTAJES RURAL
LUGAR DONDE SE VA REALIZA EL TRABAJO	Bloque 1 / obra hospital
ALTURA APROXIMADA A LA CUAL SE VA A DESARROLLAR LA ACTIVIDAD (m)	4m
DESCRIPCION DEL TRABAJO	Armado de Columna.

2. CLASE DE PERMISO

TRABAJO EN ALTURAS	✓	ESPACIOS CONFINADOS		TRABAJO EN CALIENTE		TRABAJO EN EXCAVACION	
TRABAJO ELECTRICO		IZAJE DE CARGAS		TRABAJO EN FRIO		OTRO CUAL?	

3. RIESGOS ASOCIADOS

FISICO		**QUIMICO**		**BIOLOGICO**		**COND.SEGURIDAD**		**BIOMECANICOS**		**NATURALEZA**	
Ruido		Polvos	✓	Virus		Mecánico		Postura		Lluvias	✓
Iluminación		Líquidos		Bacterias	✓	Locativo		Esfuerzo		Vendaval	
Vibración		Gas/Vapor		Hongos		Eléctrico		Mov. Repetitivo		Inundación	
Temperatura	✓	Niebla/Rocio		Protista		Tecnológico		Manip. Manual	✓	Derrame	
Radiación		Humo Metálico		Picaduras		Acc. Transito				Sismo	
Ionizante		Mat. Particulado		Mordeduras		Públicos				Terremoto	
				Fluidos		Trabajo alturas	✓				
SICOSOCIAL		Contenido tarea		Org. Trabajo		Relac.Humanas		Monotonía		Gestión	
AMBIENTAL		Derrames o Fugas		Aguas Residu. Industriales		Aguas Residual Domesticas		Residuos Sólid. Ordinarios		Residuos Peligrosos	

4. PERSONAL AUTORIZADO PARA EJECUTAR EL TRABAJO

	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1.	Jorge Cantillo.	1047043732	Oficial.	Jorge Cantillo R.
2.	Eduardo Arrieta.	1131955563	Ayudante.	
3.	Enoc Diaz.	72775503	Oficial.	Enoc Diaz
4.				
5				
6				
7				
8				

5. ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

Casco con barbuquejo	✓	Protección Auditiva		Overol - Ropa de trabajo	✓	Careta para soldar	
Gafas de Seguridad	✓	Protección Respiratoria		Peto - Delantal		Careta con visor	
Botas de Seguridad	✓	Equipo de Autocontenido		Protector facial		Otro	

6. EQUIPOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

Punto de Anclaje		Arnes cuerpo completo	✓	Eslinga de Posicionamiento		Línea de Vida Horizontal	
Cinta de Anclaje (Tie Off)		Descendedores		Eslinga de Detención caida	✓	Línea de Vida Vertical	
Mosqueton		Ascendedores		Arrestador o Freno		Línea de Vida Retráctil	

7. EQUIPO A UTILIZAR

Herramienta mano	✓	Pulidora		Alicates		Voltímetro	
Herram. Eléctricas		Taladro		Pinzas		Amperímetro	
Herram. Neumáticas		Rotomotor		Destornilladores		Ventiladores	
Herram. Hidráulicas		Compresor		E. Soldadura / oxicorte		Extractores	
Otros:							

8. SISTEMAS DE ACCESO PARA ALTURAS

Escalera de Extensión		Escalera tipo Tijera		Andamio	✓	Man Lift	
Escalera tipo Avión		Escalera tipo Gato		Grúa Canasta		Elevador de personas	
Escalera fija con LVV		Pretales		Montacargas		Otro, Cual?	

9. MEDIDAS DE PREVENCION

Uso de Demarcación		Ubicación de Barandas		Charla de 5 minutos	✓	Bloqueo Eléctrico	
Uso de Señalización		Control de Acceso		Control de Huecos u orificios		Bloqueo Mecánico	
Equipo de Prim. Auxilios	✓	Extintor	✓	Bloqueo y Etiqueteado		Puesta a tierra	

10. LISTA DE CHEQUEO

CONDICIONES DE SEGURIDAD	SI	NO	N/A
Se realizó el Análisis de Trabajo Seguro? (ATS)	✓		
El personal cumple con los requisitos de aptitud medica para realizar la tarea	✓		
El personal cuenta con el equipo de protección definido para la tarea	✓		
El personal cuenta con el equipo definido para acceder al sitio	✓		
El personal cuenta con el pago de seguridad social (Eps - Afp - Arl) vigente	✓		
El equipo para acceder al sitio y el de protección personal fueron inspeccionados	✓		
Se verificó que la formación en alturas del personal esté acorde al trabajo a realizar	✓		
El sitio donde se ejecutará el trabajo está aislado y señalizado completamente		✓	
Se ha instalado cinta para aislar y señalizar la zona y no permitir el paso de vehículos o personas	✓		
Cuentan con eslinga de seguridad con absorbente de caídas	✓		
Cuentan con freno de seguridad, certificado y apropiado para el tipo de línea de vida			✓
Se cuenta con líneas de vida para cada uno de los operadores			✓
Los conectores o mosquetones son de doble seguro			✓
Las cuerdas se encuentran libres de nudos			✓
Se han consultado otros permisos y se cumple con los requerimientos de éstos	✓		
Si va a utilizar sustancias químicas, cuenta con los controles para su manipulación			✓
Se controlaron los riesgos presentes en el sitio de trabajo	✓		
Esta presente una persona para que active el plan de emergencia en caso de ser necesario	✓		
El lugar donde realizará la labor tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse	✓		
El personal que va a realizar la labor conoce el procedimiento de emergencia y rescate	✓		
Los andamios se encuentran completos, en sus partes y accesorios	✓		
Las escaleras cumplen las especificaciones técnicas			✓
Se ha revisado las condiciones de riesgo teniendo en cuenta líneas energizadas o equipos electricos			✓

11. DESIGNACION DE AYUDANTE

Nombre Diyer Avila	**Cedula** 1003367668
Firma:	**Cargo** Ayudante

12. AUTORIZACION DE TRABAJO

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: He verificado con el Ejecutor la aplicación del SG SST y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.	**RESPONSABLE DE VERIFICAR CONDICIONES DE SEGURIDAD:** He verificado con el Emisor la aplicación del SG-SST y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y me comprometo a comunicarlos al grupo ejecutor, considero seguro proceder con la ejecución de este trabajo. **(Coordinador en alturas)**
Nombre: Jaider Ariel Valencia	Nombre:
Cédula 72212811	Cédula
Firma:	Firma:
Cargo: Maestro	Cargo:

12. CANCELACION / CIERRE DEL PERMISO

NOMBRE	CARGO	FECHA	HORA	MOTIVO

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	**PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS**	TSA- SST F051
		Versión: 01 - 2024

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

1. GENERALIDADES

INICIO DEL PERMISO				FINALIZACION DEL PERMISO			
DIA	MES	AÑO	HORA	DIA	MES	AÑO	HORA
16	octubre	24	8:00 AM.	19	octubre	24	5:00 pm.

EMPRESA QUE SOLICITA EL PERMISO	CONSORCIO MONTAJES RURAL
LUGAR DONDE SE VA REALIZA EL TRABAJO	Blogue 3. / Obra Hospital.
ALTURA APROXIMADA A LA CUAL SE VA A DESARROLLAR LA ACTIVIDAD (m)	3.5
DESCRIPCION DEL TRABAJO	Armado de Formaleta en columna.

2. CLASE DE PERMISO

TRABAJO EN ALTURAS	X	ESPACIOS CONFINADOS		TRABAJO EN CALIENTE		TRABAJO EN EXCAVACION	
TRABAJO ELECTRICO		IZAJE DE CARGAS		TRABAJO EN FRIO		OTRO CUAL?	

3. RIESGOS ASOCIADOS

FISICO		QUIMICO		BIOLOGICO		COND.SEGURIDAD		BIOMECANICOS		NATURALEZA	
Ruido	X	Polvos	X	Virus		Mecánico	X	Postura	X	Lluvias	X
Iluminación	X	Liquidos		Bacterias		Locativo	X	Esfuerzo	X	Vendaval	
Vibración		Gas/Vapor		Hongos		Eléctrico		Mov. Repetitivo	X	Inundación	
Temperatura	X	Niebla/Rocio		Protista		Tecnológico		Manip. Manual	X	Derrame	
Radiación		Humo Metálico		Picaduras		Acc. Transito				Sismo	
Ionizante		Mat. Particulado		Mordeduras		Públicos				Terremoto	
				Fluidos		Trabajo alturas	X				
SICOSOCIAL		Contenido tarea		Org. Trabajo	✓	Relac.Humanas		Monotonia	X	Gestión	
AMBIENTAL		Derrames o Fugas		Aguas Residu. Industriales		Aguas Residual Domesticas		Residuos Sólid. Ordinarios		Residuos Peligrosos	

4. PERSONAL AUTORIZADO PARA EJECUTAR EL TRABAJO

	NOMBRE	CEDULA	CARGO	FIRMA
1.	Yeiner Hernandez	1003561521	obrero	Yeiner Hernandez
2	Jairo Rave	1885756	obrero	Jairo Rave
3.				
4.				
5				
6				
7				
8				

5. ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

Casco con barbuquejo	X	Protección Auditiva		Overol - Ropa de trabajo	X	Careta para soldar	
Gafas de Seguridad	X	Protección Respiratoria		Peto - Delantal		Careta con visor	
Botas de Seguridad	X	Equipo de Autocontenido		Protector facial		Otro	

6. EQUIPOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS

Punto de Anclaje	X	Arnes cuerpo completo	X	Eslinga de Posicionamiento	X	Línea de Vida Horizontal	
Cinta de Anclaje (Tie Off)		Descendedores		Eslinga de Detención caída		Línea de Vida Vertical	
Mosqueton		Ascendedores		Arrestador o Freno		Línea de Vida Retráctil	

7. EQUIPO A UTILIZAR

Herramienta mano	X	Pulidora		Alicates		Voltímetro	
Herram. Eléctricas		Taladro		Pinzas		Amperímetro	
Herram. Neumáticas		Rotomotor		Destornilladores		Ventiladores	
Herram. Hidráulicas		Compresor		E. Soldadura / oxicorte		Extractores	
Otros:							

8. SISTEMAS DE ACCESO PARA ALTURAS

Escalera de Extensión		Escalera tipo Tijera		Andamio	X	Man Lift	
Escalera tipo Avión		Escalera tipo Gato		Grúa Canasta		Elevador de personas	
Escalera fija con LVV		Pretales		Montacargas		Otro, Cual?	

9. MEDIDAS DE PREVENCION

Uso de Demarcación		Ubicación de Barandas		Charla de 5 minutos	X	Bloqueo Eléctrico	
Uso de Señalización		Control de Acceso		Control de Huecos u orificios		Bloqueo Mecánico	
Equipo de Prim. Auxilios	X	Extintor		Bloqueo y Etiqueteado		Puesta a tierra	

10. LISTA DE CHEQUEO

CONDICIONES DE SEGURIDAD	SI	NO	N/A
Se realizó el Análisis de Trabajo Seguro? (ATS)	✓		
El personal cumple con los requisitos de aptitud medica para realizar la tarea	✓		
El personal cuenta con el equipo de protección definido para la tarea	✓		
El personal cuenta con el equipo definido para acceder al sitio	✓		
El personal cuenta con el pago de seguridad social (Eps - Afp - Arl) vigente	✓		
El equipo para acceder al sitio y el de protección personal fueron inspeccionados	✓		
Se verificó que la formación en alturas del personal esté acorde al trabajo a realizar	✓		
El sitio donde se ejecutará el trabajo está aislado y señalizado completamente		✓	
Se ha instalado cinta para aislar y señalizar la zona y no permitir el paso de vehículos o personas	✓		
Cuentan con eslinga de seguridad con absorbente de caídas	✓		
Cuentan con freno de seguridad, certificado y apropiado para el tipo de línea de vida		✓	
Se cuenta con líneas de vida para cada uno de los operadores			✓
Los conectores o mosquetones son de doble seguro			✓
Las cuerdas se encuentran libres de nudos			✓
Se han consultado otros permisos y se cumple con los requerimientos de éstos		✓	
Si va a utilizar sustancias químicas, cuenta con los controles para su manipulación	✓		
Se controlaron los riesgos presentes en el sitio de trabajo	✓		
Esta presente una persona para que active el plan de emergencia en caso de ser necesario	✓		
El lugar donde realizará la labor tiene instalada la línea de vida o una estructura donde el trabajador pueda asegurarse	✓		
El personal que va a realizar la labor conoce el procedimiento de emergencia y rescate		✓	
Los andamios se encuentran completos, en sus partes y accesorios	✓		
Las escaleras cumplen las especificaciones técnicas			✓
Se ha revisado las condiciones de riesgo teniendo en cuenta lineas energizadas o equipos electricos	✓		

11. DESIGNACION DE AYUDANTE

Nombre Abruham Rodríguez	Cedula 1193043889
Firma:	Cargo Obrero

12. AUTORIZACION DE TRABAJO

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: He verificado con el Ejecutor la aplicación del SG SST y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.	**RESPONSABLE DE VERIFICAR CONDICIONES DE SEGURIDAD:** He verificado con el Emisor la aplicación del SG-SST y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y me comprometo a comunicarlos al grupo ejecutor, considero seguro proceder con la ejecución de este trabajo. **(Coordinador en alturas)**
Nombre: Yoner Hernandez	Nombre: Stephanny Garay
Cédula 1003561521	Cédula 1.131.104.123
Firma: Yoner Hernandez	Firma: Stephanny Garay
Cargo: obrero	Cargo: Aux. SeSo.

12. CANCELACION / CIERRE DEL PERMISO

NOMBRE	CARGO	FECHA	HORA	MOTIVO

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	ANALISIS DE RIESGOS POR OFICIO/TAREAS	SST- F-022
		Versión: 02

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

ESTE REGISTRO SE REALIZA POR FRENTE DE OBRA

TAREA: Fundición	FECHA INICIO: 16/10/24	FECHA FINAL 19/10/24	SUSPENSION

ACTIVIDAD: Armado de Formaleta

LUGAR DE TRABAJO: Bloque 3.

TAREAS A REALIZAR	EPP		PELIGRO / RIESGO		CONSECUENCIA	CONTROLES REQUERIDOS	
			FISICOS				
	Arnés	X	Ruido		Disminución capacidad auditiva	Uso de protección auditiva, capacacitaciones	
			Vibración		Enfermedades osteomusculares	Uso de guantes	
	Overol	X	Temperaturas radiación solar	X	Deshidratación ,desmayos	Hidratarse frecuentemente	X
			QUIMICOS				
			Material particulado polvo	X	Enfermedades pulmonales	Uso de protección respiratoria	X
	Líneas de vida		Gases, vapores		Enfermedades pulmonales, intoxicación	Aislar,vapores,gases y polvo. Ventilar	
			MECANICOS - FISICOS				
			Uso de herramientas, equipos / Atrapamiento, golpe con	X	Golpes,machucones,heridas	Inspección pre operacional	X
	Delantal Carnaza		Contacto Con objetos cortos punzantes	X	heridas, lesiones, hemorragia,hepatitis B,C	El Orden y la Prevención son la clave principal para evitar este tipo de heridas,Utilizar guantes siempre que sea posible para proteger sus manos,Utilizar botas y lentes de seguridad, Usar los objetos punzantes de forma adecuada.	X
	Gafas de seguridad	X	Partes en movimiento / Atrapamiento		Golpes, atrapamientos, amputación	No acercarse a partes en movimientos	
			Trabajo en alturas	X	Caidas,golpes,fracturas,fatalidad	Permiso de trabajo en alturas	X
			BIOMECANICO				
			Posturas sedente de pie	X	Fatiga, cansancio	Manejo de la mecánica corporal, pausas de trabajo	X
			Sobre-esfuerzo		Desgarres, lumbalgias	No alzar cargas superiores 25kg para hombres y 10 kg para las mujeres	
	Visor Transparente		Manejo manual de cargas	X	Desgarres, lumbalgias	No alzar cargas superiores 25kg para hombres y 10 kg para las mujeres	X
			LOCATIVOS - CONDICIONES DE SEGURIDAD				
			Superficies deslizantes		Resbalon,caidas,golpes, fracturas	Inspeccionar área, mirada en el camino	
			Superficies irregulares	X	Resbalon,caidas,golpes, fracturas	Verificar las condiciones del piso como nivelación	X
	Protección respiratoria		Orden y aseo	X	Resbalon,caidas,golpes, fracturas	Inspeccionar área de trabajo antes de iniciar labores mantener orden y aseo en áreas de trabajo	X
			BIOLOGICOS				
			Insectos, reptiles		Alergias, envenenamiento, fatalidad	Prestar constante atención a la presencia de animales (serpientes,abejas,avispas,hormigas,y roedores	
	Guantes nitrilo		Virus,bacterias,y hongos	X	Alergias, enfermedad	Inspeccionar área de trabajo antes de iniciar labores	X
			ELECTRICOS - CONDICIONES DE SEGURIDAD				
			Baja tención		Quemaduras, fatalidad	Mantener distancias mayores a tres metros con redes de baja, media y alta tención	
			Media tención		Quemaduras, fatalidad		
			Alta tención		Quemaduras, fatalidad		

TAREAS A REALIZAR	EPP		PELIGRO/RIESGO		CONSECUENCIA	CONTROLES REQUERIDOS	
			PSICOSOCIALES				
	Guantes tipo ingeniero	X	Carga de trabajo	X	Tension,estres	Distribución del trabajo, rotación del personal, pausas de trabajo	X
			Problemas laborales y familiares, presiones anormales.		Tension,estres	Distribución del trabajo, rotación del personal, pausas de trabajo	
			RIESGO PUBLICO - CONDICIONES DE SEGURIDAD				
			Atracos, atentados terroristas, secuestros, asonadas.		Golpes, heridas, fatalidad,lesiones,estrés	Consultar con las autoridades competentes antes de visitar el área la situación o el orden de la zona, evitar el panico, no responder a las agresiones fisicas	
	Casco de seguridad	X	**EMERGENCIA - FENOMENOS NATURALES**				
			Sismo		Fatalidad, heridas, perdidas económicas	Conserve la calma, Identificar la ubicación de las zonas más seguras (vigas de soporte debajo de una puerta)	
			Inundación		Fatalidad, heridas, perdidas económicas	Ir a un terreno más alto, Consultar con las autoridades competentes antes de visitar la zona a la situación (comité municipal o departamental de gestión de riesgos y desastres)	
			Incendio		Fatalidad, heridas,perdidas económicas	Sistemas de alarma, sistemas contra incendio, Dar aviso autoridades competentes "bomberos"	
			Caída de Estructuras	X	Fatalidad, heridas, perdidas económicas	Conserve la calma, Identificar la ubicación de las zonas más seguras (vigas de soporte debajo de una puerta)	X
	Tapones auditivos		Deslizamiento de Tierra		Fatalidad, heridas, perdidas económicas	Evitar pasar o estar en zonas de posibles deslizamientos, en caso de deslizamientos alejarse de las zonas afectadas manteniendo la calma	
			Vendavales		Fatalidad, heridas,perdidas económicas	Buscar refugios y no salir a zonas donde allá posibilidades de colazo de estructuras y/o árboles, desprendimiento de tejas	
	Chaleco reflectivo		Descargas Eléctricas		Fatalidad, heridas, perdidas económicas	Mantenerse dentro del vehículo, con puertas y ventanas cerradas, Usar conexiones a tierra, Desenchufar equipos eléctricos, No permanecer en sitios abiertos altos y/o debajo de árboles	
	Botas de seguridad	X	Huracanes		Fatalidad, heridas, perdidas económicas	Buscar refugios y no salir a zonas donde allá posibilidades de colazo de estructuras arboles y/o desprendimiento de tejas	
			TRÁNSITO - CONDICIONES DE SEGURIDAD				
	Botas PVC		Colisiones, volcamientos, atropellamientos de medios de transporte.	X	Golpes, heridas, amputaciones, fatalidad	Inspeccionar área, mirada en el camino, instalar y respetar las señales de transito , Estableces control de trafico, acordonar el area,	X

Nombre y apellido de Trabajadores	cedula	Firma del trabajador
Jaime Hernandez	1003561521	Jaime Hernandez
Jairo Ramos Rodriguez	18857561	
Abraham Rodriguez Escobero	1193043889	

EPP: ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

Stephanny Garay.

FIRMA AUXILIAR SST

FIRMA DEL COORDINADOR SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	ANALISIS DE RIESGOS POR OFICIO/TAREAS	SST- F-022
		Versión: 02

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

ESTE REGISTRO SE REALIZA POR FRENTE DE OBRA

TAREA: Armado de Columna.	FECHA INICIO: 19/10/24	FECHA FINAL 19/10/24	SUSPENSION
ACTIVIDAD:			
LUGAR DE TRABAJO: Bloque 1 / Obra Hospital			

TAREAS A REALIZAR	EPP		PELIGRO / RIESGO		CONSECUENCIA	CONTROLES REQUERIDOS	
			FISICOS				
	Arnés	X	Ruido		Disminución capacidad auditiva	Uso de protección auditiva, capacacitaciones	
			Vibración		Enfermedades osteomusculares	Uso de guantes	
	Overol	X	Temperaturas radiación solar	X	Deshidratación ,desmayos	Hidratarse frecuentemente	X
			QUIMICOS				
			Material particulado polvo	X	Enfermedades pulmonales	Uso de protección respiratoria	X
	Lineas de vida		Gases, vapores		Enfermedades pulmonales, intoxicación	Aislar,vapores,gases y polvo. Ventilar	
			MECANICOS - FISICOS				
			Uso de herramientas, equipos / Atrapamiento, golpe con		Golpes,machucones,heridas	Inspección pre operacional	
	Delantal Carnaza		Contacto Con objetos cortos punzantes	X	heridas, lesiones, hemorragia,hepatitis B,C	El Orden y la Prevención son la clave principal para evitar este tipo de heridas,Utilizar guantes siempre que sea posible para proteger sus manos,Utilizar botas y lentes de seguridad, Usar los objetos punzantes de forma adecuada.	X
	Gafas de seguridad	X	Partes en movimiento / Atrapamiento		Golpes, atrapamientos, amputación	No acercarse a partes en movimientos	
			Trabajo en alturas	X	Caidas,golpes,fracturas,fatalidad	Permiso de trabajo en alturas	X
			BIOMECANICO				
			Posturas sedente de pie	X	Fatiga, cansancio	Manejo de la mecánica corporal, pausas de trabajo	X
			Sobre-esfuerzo		Desgarres, lumbalgias	No alzar cargas superiores 25kg para hombres y 10 kg para las mujeres	
	Visor Transparente		Manejo manual de cargas		Desgarres, lumbalgias	No alzar cargas superiores 25kg para hombres y 10 kg para las mujeres	
			LOCATIVOS - CONDICIONES DE SEGURIDAD				
			Superficies deslizantes		Resbalon,caidas,golpes, fracturas	Inspeccionar área, mirada en el camino	
			Superficies irregulares		Resbalon,caidas,golpes, fracturas	Verificar las condiciones del piso como nivelación	
	Protección respiratoria		Orden y aseo		Resbalon,caidas,golpes, fracturas	Inspeccionar área de trabajo antes de iniciar labores mantener orden y aseo en áreas de trabajo	
			BIOLOGICOS				
			Insectos, reptiles		Alergias, envenenamiento, fatalidad	Prestar constante atención a la presencia de animales (serpientes,abejas,avispas,hormigas,y roedores	
	Guantes nitrilo		Virus,bacterias,y hongos	X	Alergias, enfermedad	Inspeccionar área de trabajo antes de iniciar labores	X
			ELECTRICOS - CONDICIONES DE SEGURIDAD				
			Baja tención		Quemaduras, fatalidad	Mantener distancias mayores a tres metros con redes de baja, media y alta tención	
			Media tención		Quemaduras, fatalidad		
			Alta tención		Quemaduras, fatalidad		

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	ANALISIS DE RIESGOS POR OFICIO/TAREAS	SST- F-022
		Versión: 02

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

ESTE REGISTRO SE REALIZA POR FRENTE DE OBRA

TAREA: Armado de Columna.	FECHA INICIO: 22/10/24	FECHA FINAL	SUSPENSION
ACTIVIDAD:			
LUGAR DE TRABAJO: Bloque 1 / Hospital Coveñas.			

TAREAS A REALIZAR	EPP		PELIGRO / RIESGO		CONSECUENCIA	CONTROLES REQUERIDOS	
			FISICOS				
	Arnés	X	Ruido		Disminución capacidad auditiva	Uso de protección auditiva, capacacitaciones	X
			Vibración		Enfermedades osteomusculares	Uso de guantes	X
	Overol	X	Temperaturas radiación solar	X	Deshidratación ,desmayos	Hidratarse frecuentemente	X
			QUIMICOS				
			Material particulado polvo	X	Enfermedades pulmonales	Uso de protección respiratoria	X
	Líneas de vida		Gases, vapores		Enfermedades pulmonales, intoxicación	Aislar,vapores,gases y polvo. Ventilar	
			MECANICOS - FISICOS				
			Uso de herramientas, equipos / Atrapamiento, golpe con	X	Golpes,machucones,heridas	Inspección pre operacional	X
	Delantal Carnaza		Contacto Con objetos cortos punzantes	X	heridas, lesiones, hemorragia,hepatitis B,C	El Orden y la Prevención son la clave principal para evitar este tipo de heridas,Utilizar guantes siempre que sea posible para proteger sus manos,Utilizar botas y lentes de seguridad, Usar los objetos punzantes de forma adecuada.	X
	Gafas de seguridad	X	Partes en movimiento / Atrapamiento		Golpes, atrapamientos, amputación	No acercarse a partes en movimientos	
			Trabajo en alturas	X	Caidas,golpes,fracturas,fatalidad	Permiso de trabajo en alturas	X
			BIOMECANICO				
			Posturas sedente de pie	X	Fatiga, cansancio	Manejo de la mecánica corporal, pausas de trabajo	
			Sobre-esfuerzo		Desgarres, lumbalgias	No alzar cargas superiores 25kg para hombres y 10 kg para las mujeres	X
	Visor Transparente		Manejo manual de cargas		Desgarres, lumbalgias	No alzar cargas superiores 25kg para hombres y 10 kg para las mujeres	
			LOCATIVOS - CONDICIONES DE SEGURIDAD				
			Superficies deslizantes		Resbalon,caidas,golpes, fracturas	Inspeccionar área, mirada en el camino	
			Superficies irregulares		Resbalon,caidas,golpes, fracturas	Verificar las condiciones del piso como nivelación	
	Protección respiratoria		Orden y aseo		Resbalon,caidas,golpes, fracturas	Inspeccionar área de trabajo antes de iniciar labores mantener orden y aseo en áreas de trabajo	
			BIOLOGICOS				
			Insectos, reptiles		Alergias, envenenamiento, fatalidad	Prestar constante atención a la presencia de animales (serpientes,abejas,avispas,hormigas,y roedores	
	Guantes nitrilo		Virus,bacterias,y hongos	X	Alergias, enfermedad	Inspeccionar área de trabajo antes de iniciar labores	X
			ELECTRICOS - CONDICIONES DE SEGURIDAD				
			Baja tención		Quemaduras, fatalidad	Mantener distancias mayores a tres metros con redes de baja, media y alta tención	
			Media tención		Quemaduras, fatalidad		
			Alta tención		Quemaduras, fatalidad		

TAREAS A REALIZAR	EPP		PELIGRO/RIESGO		CONSECUENCIA	CONTROLES REQUERIDOS	
			PSICOSOCIALES				
	Guantes tipo ingeniero	X	Carga de trabajo	X	Tension,estres	Distribución del trabajo, rotación del personal, pausas de trabajo	X
			Problemas laborales y familiares, presiones anormales.	X	Tension,estres	Distribución del trabajo, rotación del personal, pausas de trabajo	X
			RIESGO PUBLICO - CONDICIONES DE SEGURIDAD				
			Atracos, atentados terroristas, secuestros, asonadas.		Golpes, heridas, fatalidad,lesiones,astrás	Consultar con las autoridades competentes antes de visitar el área la situación o el orden de la zona, evitar el panico, no responder a las agresiones fisicas	
	Casco de seguridad	X	**EMERGENCIA - FENOMENOS NATURALES**				
			Sismo		Fatalidad, heridas, perdidas económicas	Conserve la calma, identificar la ubicación de las zonas más seguras (vigas de soporte debajo de una puerta)	
			Inundación		Fatalidad, heridas, perdidas económicas	Ir a un terreno más alto, Consultar con las autoridades competentes antes de visitar la zona a la situación (comité municipal o departamental de gestión de riesgos y desastres)	
			Incendio		Fatalidad, heridas,perdidas económicas	Sistemas de alarma, sistemas contra incendio, Dar aviso autoridades competentes "bomberos"	
			Caída de Estructuras		Fatalidad, heridas, perdidas económicas	Conserve la calma, identificar la ubicación de las zonas más seguras (vigas de soporte debajo de una puerta)	
	Tapones auditivos		Deslizamiento de Tierra		Fatalidad, heridas, perdidas económicas	Evitar pasar o estar en zonas de posibles deslizamientos, en caso de deslizamientos alejarse de las zonas afectadas manteniendo la calma	
			Vendavales		Fatalidad, heridas,perdidas económicas	Buscar refugios y no salir a zonas donde allá posibilidades de colazo de estructuras y/o árboles, desprendimiento de tejas	
	Chaleco reflectivo		Descargas Eléctricas		Fatalidad, heridas, perdidas económicas	Mantenerse dentro del vehículo, con puertas y ventanas cerradas, Usar conexiones a tierra, Desenchufar equipos eléctricos, No permanecer en sitios abiertos altos y/o debajo de árboles	
	Botas de seguridad	X	Huracanes		Fatalidad, heridas, perdidas económicas	Buscar refugios y no salir a zonas donde allá posibilidades de colazo de estructuras arboles y/o desprendimiento de tejas	
			TRÁNSITO - CONDICIONES DE SEGURIDAD				
	Botas PVC		Colisiones, volcamientos, atropellamientos de medios de transporte.		Golpes, heridas, amputaciones, fatalidad	Inspeccionar área, mirada en el camino, instalar y respetar las señales de transito , Estableces control de trafico, acordonar el area,	

Nombre y apellido de Trabajadores	cedula	Firma del trabajador
Jorge Eliecer Castillo Gutierrez	1047043737	Jorge Castillo G
Eduardo Pirieta	1131105563	Eduardo
Hugo Garay Gloria	1005708729	Hugo Garay
Leonardo Rivera	1562096	Favio
Ricardo Manjarrez	1027564070	Ricardo manjarrez
Jorge Luis Morelo	1072523581	Jmoo
Manuel Dominguez Pacheco.	87728760	Manuel Dom

EPP: ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

Stephanny Garay

FIRMA AUXILIAR SST

FIRMA DEL COORDINADOR SST

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	ANALISIS DE RIESGOS POR OFICIO/TAREAS	SST- F-022
		Versión: 02

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

ESTE REGISTRO SE REALIZA POR FRENTE DE OBRA

TAREA: Armado de Estructura.	FECHA INICIO: 24/10/24	FECHA FINAL	SUSPENSION
ACTIVIDAD: Armado de formaleta			
LUGAR DE TRABAJO: Bloque 2 / Hospital Sucre.			

TAREAS A REALIZAR	EPP		PELIGRO / RIESGO		CONSECUENCIA	CONTROLES REQUERIDOS	
			FISICOS				
	Arnés	X	Ruido	X	Disminución capacidad auditiva	Uso de protección auditiva, capacacitaciones	X
			Vibración		Enfermedades osteomusculares	Uso de guantes	
	Overol	X	Temperaturas radiación solar	X	Deshidratación ,desmayos	Hidratarse frecuentemente	X
			QUIMICOS				
			Material particulado polvo	X	Enfermedades pulmonales	Uso de protección respiratoria	X
	Lineas de vida		Gases, vapores		Enfermedades pulmonales, intoxicación	Aislar,vapores,gases y polvo. Ventilar	
			MECANICOS - FISICOS				
			Uso de herramientas, equipos / Atrapamiento, golpe con	X	Golpes,machucones,heridas	Inspección pre operacional	X
	Delantal Carnaza		Contacto Con objetos cortos punzantes	X	heridas, lesiones, hemorragia,hepatitis B,C	El Orden y la Prevención son la clave principal para evitar este tipo de heridas,Utilizar guantes siempre que sea posible para proteger sus manos,Utilizar botas y lentes de seguridad, Usar los objetos punzantes de forma adecuada.	X
	Gafas de seguridad	X	Partes en movimiento / Atrapamiento		Golpes, atrapamientos, amputación	No acercarse a partes en movimientos	
			Trabajo en alturas	X	Caidas,golpes,fracturas,fatalidad	Permiso de trabajo en alturas	X
			BIOMECANICO				
			Posturas sedente de pie	X	Fatiga, cansancio	Manejo de la mecánica corporal, pausas de trabajo	X
			Sobre-esfuerzo		Desgarres, lumbalgias	No alzar cargas superiores 25kg para hombres y 10 kg para las mujeres	
	Visor Transparente		Manejo manual de cargas	X	Desgarres, lumbalgias	No alzar cargas superiores 25kg para hombres y 10 kg para las mujeres	X
			LOCATIVOS - CONDICIONES DE SEGURIDAD				
			Superficies deslizantes		Resbalon,caidas,golpes, fracturas	Inspeccionar área, mirada en el camino	
			Superficies irregulares	X	Resbalon,caidas,golpes, fracturas	Verificar las condiciones del piso como nivelación	X
	Protección respiratoria		Orden y aseo	X	Resbalon,caidas,golpes, fracturas	Inspeccionar área de trabajo antes de iniciar labores mantener orden y aseo en áreas de trabajo	X
			BIOLOGICOS				
			Insectos, reptiles		Alergias, envenenamiento, fatalidad	Prestar constante atención a la presencia de animales (serpientes,abejas,avispas,hormigas,y roedores	
	Guantes nitrilo		Virus,bacterias,y hongos	X	Alergías, enfermedad	Inspeccionar área de trabajo antes de iniciar labores	X
			ELECTRICOS - CONDICIONES DE SEGURIDAD				
			Baja tención		Quemaduras, fatalidad	Mantener distancias mayores a tres metros con redes de baja, media y alta tención	
			Media tención		Quemaduras, fatalidad		
			Alta tención		Quemaduras, fatalidad		

TAREAS A REALIZAR	EPP		PELIGRO/RIESGO		CONSECUENCIA	CONTROLES REQUERIDOS	
			PSICOSOCIALES				
	Guantes tipo ingeniero	X	Carga de trabajo	X	Tension,estres	Distribución del trabajo, rotación del personal, pausas de trabajo	X
			Problemas laborales y familiares, presiones anormales.		Tension,estres	Distribución del trabajo, rotación del personal, pausas de trabajo	
			RIESGO PUBLICO - CONDICIONES DE SEGURIDAD				
			Atracos, atentados terroristas, secuestros, asonadas.		Golpes, heridas, fatalidad,lesiones,estrés	Consultar con las autoridades competentes antes de visitar el área la situación o el orden de la zona, evitar el panico, no responder a las agresiones fisicas	
	Casco de seguridad	X	**EMERGENCIA - FENOMENOS NATURALES**				
			Sismo		Fatalidad, heridas, perdidas económicas	Conserve la calma, identificar la ubicación de las zonas más seguras (vigas de soporte debajo de una puerta)	
			Inundación		Fatalidad, heridas, perdidas económicas	Ir a un terreno más alto, Consultar con las autoridades competentes antes de visitar la zona a la situación (comité municipal o departamental de gestión de riesgos y desastres)	
			Incendio		Fatalidad, heridas,perdidas económicas	Sistemas de alarma, sistemas contra incendio, Dar aviso autoridades competentes "bomberos"	
			Caída de Estructuras	X	Fatalidad, heridas, perdidas económicas	Conserve la calma, identificar la ubicación de las zonas más seguras (vigas de soporte debajo de una puerta)	X
	Tapones auditivos		Deslizamiento de Tierra		Fatalidad, heridas, perdidas económicas	Evitar pasar o estar en zonas de posibles deslizamientos, en caso de deslizamientos alejarse de las zonas afectadas manteniendo la calma	
			Vendavales		Fatalidad, heridas,perdidas económicas	Buscar refugios y no salir a zonas donde allá posibilidades de colazo de estructuras y/o árboles, desprendimiento de tejas	
	Chaleco reflectivo		Descargas Eléctricas		Fatalidad, heridas, perdidas económicas	Mantenerse dentro del vehiculo, con puertas y ventanas cerradas, Usar conexiones a tierra, Desenchufar equipos eléctricos, No permanecer en sitios abiertos altos y/o debajo de árboles	
	Botas de seguridad	X	Huracanes		Fatalidad, heridas, perdidas económicas	Buscar refugios y no salir a zonas donde allá posibilidades de colazo de estructuras arboles y/o desprendimiento de tejas	
			TRÁNSITO - CONDICIONES DE SEGURIDAD				
	Botas PVC		Colisiones, volcamientos, atropellamientos de medios de transporte.	X	Golpes, heridas, amputaciones, fatalidad	Inspeccionar área, mirada en el camino, instalar y respetar las señales de transito , Estableces control de trafico, acordonar el area,	X

Nombre y apellido de Trabajadores	cedula	Firma del trabajador
Luis Sepúlveda Aguas.	1131109665	Jusep
Jolanuel julio Millan.	1131108476	

EPP: ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

Stephanny Garay
FIRMA AUXILIAR SST

FIRMA DEL COORDINADOR SST

Anexo 20, Listado máquina, vehículo, herramientas y equipos.

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	**RELACIÓN MAQUINAS**	**Versión. 1** **Cod: SST- F05** **Pag. 1 de 1**

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

FECHA SEGUIMIENTO	**30 de OCTUBRE DE 2024**

Ítem.	TIPO DE MAQUINA	FRENTE	OPERADOR	MARCA	TIPO DE VINCUALACION
1	**MINICARGADOR**	OBRA	IVAN SALGADO	NEW HOLLAND	VINCULADO
2	**MINICARGADOR**	OBRA	ALEXIS FLOREZ VARGAS	CASE	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:	19/10/2024.

HERRAMIENTA / EQUIPOS	CANTIDAD	ESTADO	
		CANT. BUENO	CANT. DEFECTUOSA
Martillo	1	1	
Mona	3	3	
Mona de Caucho	3	3	
Clavo 3 1/2	300	300.	
Clavo 2 1/2	300	300	
Clavo acero 2 1/2	100	100	
Clavo acero 3"	100	100	
Clavo 4"	100	100.	
Disco corte Hierro 14"	18	18.	
Disco corte 4"	15	15.	
Disco corte 9"	40	40.	
Disco corte 6"	18	18.	
Pala	22	22.	
Palin	6	6	
Pala Cuadrada	7	7	
Barra	6	6.	
Pala draga	2	1	
Cametilla	9	9	
Sisallas	2	2	
Disco Muro 7"	25	25	
Disco Muro 4"	20	20.	
Broca 1/2 larga	10	10	
Broca 1/2 corta	10	10	
Broca 3/8	10	10.	
Broca 5/8 larga	10	10	
Broca 5/8 corta	10	10	

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:	19/10/2024.

HERRAMIENTA / EQUIPOS	CANTIDAD	ESTADO	
		CANT. BUENO	CANT. DEFECTUOSA
Gafes M. extralargos	294	294	
Cemento.	178	178	
Cerchas	595	595.	
Gatos. 4m	320	320	
Gatos 1m.	252	252	
Vibrocompactador	1	1	
Pulidoras	3	3	
Sierras Circulares	3	3	

RESPONSABLES	
NOMBRE	NOMBRE
FIRMA COORDINADOR SST	FIRMA AUXILIAR SST

Anexo 21, Documento maquina

REPÚBLICA DE COLOMBIA

DIAN

Declaración de Importación

Privada **500**

1. Año **2022**

Espacio reservado para la DIAN (Antes de diligenciar este formulario lea cuidadosamente las instrucciones)

4. Número de formulario
482022000189723-2

Importador

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV.	11. Apellidos y nombres o Razón Social
890903024	1	COMERCIAL INTERNACIONAL DE EQUIPOS Y MAQUINARIA S. A.S.

13. Dirección	15. Teléfono	12. Cód. Admón.	16. Cód. Dpto	17. Cód. Ciudad Municipio
CL 11 SUR CR 50 50	3606161	48	05	001

Declarante

24. Número de Identificación Tributaria (NIT)	25. DV.	26. Razón social del declarante autorizado	27. Tipo usuario	28. Cód. usuario
900081359	1	AGENCIA DE ADUANAS ML S.A. NIVEL 1	26	513

29. Número documento de identificación	30. Apellidos y nombres
73198744	Torres Rodriguez Eduardo Enrique

31. Clase Importador	32. Tipo declaración	33. Cod.	34.No.Formulario Anterior	35. Año - Mes - Día	36. Cod. Admón.	37. Declaración de Exportación	38. Año - Mes - Día	39. Cod. Admón.
02	Legalización	2	482022000148112	2022 - 03 - 11	48	No. XXXXXXXXXXXXXX	XXXX - XX - XX	XX

40. Cod. lugar ingreso de las mercancías	41. Cod. Depósito	42. Manifiesto de carga	43. Año - Mes - Día	44. Documento de transporte	45. Año - Mes - Día
CTG	4601	No. 116575012245579	2022 - 03 - 23	No. HOUCTG20220304A	2022 - 03 - 09

46. Nombre exportador o proveedor en el exterior	47. Ciudad	48. Cod.País Exportador
CNHI INTERNATIONAL. S.A.	LUGANO	767

49. Dirección exportador o proveedor en el exterior	50. E-mail
RIVA PARADISO 14 CH 6902 LUGANO	41919853643

51. No. de factura	52. Año - Mes - Día	53. Cod. país procedencia	54. Cod. Modo Transporte	55. Código de Bandera	56. Cod. Depto destino	57. Empresa transportadora	58. Tasa de cambio $ cvs.
2251008155	2022 - 01 - 31	249	1	607	5	SEABOARD DE COLOMBIA S.A.	3,771.77

59. Subpartida arancelaria	60. Cod. Complementario	61. Cod. Suplementario	62. Cod. Modalidad	63. No. cuotas o meses	64. Valor cuota USD	65. Periodicidad del pago de la cuota	66. Cod. país de origen	67. Cod. Acuerdo
8429510000	XX	XX	C102	XX	XXXX	XX	249	XXX

68. Forma de pago de la importación	69. Tipo de importación	70. Cod. país compra	71. Peso bruto kgs.	dcms.	72. Peso neto kgs.	dcms.	73. Código embalaje	74. No. bultos	75. Subpartidas	76. Cod. unidad comercial	77. Cantidad dcms.
01	01	767	3,288.09		2,975.72		PK	3	1	U	1.00

78.Valor FOB USD	79. Valor fletes USD
28,666.67	916.67

80. Valor Seguros USD	81. Valor Otros Gastos USD
13.47	456.00

82. Sumatoria de fletes, seguros y otros gastos USD	83. Ajuste valor USD
1,385.14	0.00

84. Valor aduana USD	85. Código registro o licencia	86. Número
30,051.81	X	XXXXXXXXX

87. Cod. oficina	88. Año	89. Programa No	90. Cód interno del Producto
99	XXXX	XXXXXXXXX	0

Autoliquidación

Concepto	%	Base	Total Liquidado ($)	Total a pagar con esta declaración ($)	Total Liquidado (USD)
Arancel	0.00	113,348,515	0	0	0
I.V.A.	5.00	113,348,515	5,667,000	0	0
Salvaguardia	0.00	0	0	0	0
Derechos Compensatorios	0.00	0	0	0	0
Derechos Antidumping	0.00	0	0	0	0
Sancion	0	0	0	0	
Rescate	0	0	0	0	
		Total	5,667,000		0

91. Descripción de las mercancías(No inicie la descripción de las mercancías a importar con lo señalado en el arancel de aduanas en la subpartida arancelaria - Incluya marcas, seriales y otros) (Si el campo no le resulta suficiente, continúe al respaldo de este formulario)

Do: 13MDECT03220370, Nro Pedido / Orden Compra:MAQ20220009, Declaración: 1/3; MERCANCIA NUEVA, NOS ACOGEMOS AL DECRETO 0272 DE 2018 Y AL DECRETO 1881 DE 2021 ART 2, Y AL (ESTATUTO TRIBUTARIO) DECRETO EXTRAORDINARIO 624 DE 1989, MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO ARTÍCULO 468-1 IVA DEL 5 PORCIENTO; NOS ACOGEMOS AL PARRAFO 1 NUMERAL 3 ART 293 DEL DECRETO 1165 DE 2019; Nombre Comercial: MINI CARGADOR FRONTAL, Marca C: CASE, Ref: SR200B , Mod: SR200B , Otras Caracteristicas: PRODUCTO: MINI CARGADOR FRONTAL, SERIAL: NNM409448 , SERIAL PARTE NUMERO: JAFSR200CNM409448 , USO O DESTINO: PARA LA CONSTRUCCIÓN Y MANTENIMIENTO VIAL, NUMERO DEL MOTOR: 632318, NUMERO DE VIN: JAFSR200CNM409448, INCLUYE PARTES Y ACCESORIOS PARA SU NORMAL FUNCIONAMIENTO, (continúa al respaldo)

127. Valor pagos anteriores: 5,667,000	128. Recibo oficial de pago anterior No.: 07490260541194	129. Fecha: 2022 03 29
130. Espacio reservado DIAN - Actuación aduanera Estado de levante: Levante automático No hay declaración posterior	131. Espacio reservado uso exclusivo Ministerio de Relaciones Exteriores	132. No. Aceptación declaración 482022000189723 133. Fecha: 2022 03 30

134. Levante No. 482022000172489	135. Fecha 2022 - 03 - 30	Firma funcionario responsable	136. Nombre 137. C.C. No.

Firma declarante	997. Espacio exclusivo para el sello de la entidad recaudadora (Fecha efectiva de la transacción) Coloque el timbre de la máquina registradora al dorso de este formulario	980. Pago Total $ 0 996. Espacio para autoadhesivo de la entidad recaudadora (Número del adhesivo) SYGA Autoadhesivo 92482201125251 Fecha presentación 2022-03-30 09:58:59 Valor pagado $No se aplicó el pago

Fecha de Impresión: 2022-03-30 10:50:58

20220761528658

DIAN REPÚBLICA DE COLOMBIA	MUISCA	Declaración de Importación	Aceptación : 482022000189723-2 Subpartida : 8429510000 Página 1 de 1

105. Continuación descripción mercancías (Incluya marcas, seriales y otros)

NUMERO VEHICULO 0056301239, CANTIDAD: 1 UNIDADES; ;XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

482022000189723-2	Espacio para uso exclusivo de la Entidad Recaudadora

COMERCIAL INTERNACIONAL DE EQUIPOS Y MAQUINARIA S.A.S.
NIT. 890903024-1
CONTAMOS CON UNA RED NACIONAL DE SERVICIOS
Sede Principal: CL 11 SUR 50 50,MEDELLIN Colombia
Teléfono: 57 4 - 3606161
www.navitrans.com.co

Sede de Venta: CLL 7 # 108 - 200 LOS GARZONES MONTERIA CORDOBA COLOMBIA. , MONTERIA - COLOMBIA, Tel:7914814
Responsables de IVA. Por favor no efectuar retencion de IVA. Grandes Contribuyentes Resolución 9061 Diciembre 10 de 2020
Favor no efectuar Retencion en la Fuente somos Autorretenedores Resol No. 000117 Agosto 17/93
Agentes Retenedores de IVA. Autorretenedores del CREE (Art 3 del DR 862 de 2013). Código CIIU 4511. Tarifa 0.40%
En Cali somos Autorretenedores de ICA Resol. 275 de Agosto 2 de 2002
En Yumbo somos Autorretenedores de ICA Resol. 003 de Marzo 4/2014
En Medellin somos Autorretenedores
Autorización numeración de facturación No. 18764022563531 del 2021-12-09 vigente hasta 2023-06-09 del COMD120001 al COMD140000
Representación Gráfica de Factura electrónica de Venta

BANCO DAVIVIENDA S.A.
NIT/Cédula: 860034313-7
CL 30 12 08 - MONTERIA, CORDOBA, COLOMBIA
Teléfono: 3300000
Tercero Relacionado: EQUIPOS CORDOBA S.A.S
Email:
recepcionfacturasleasing@davivienda.com;sahercon@davivienda.com;jramos@davivienda.com
Condición Pago: Contado

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA No.	FECHA GENERACIÓN	FECHA VENCIMIENTO	PEDIDO DE VENTAS	NUMERO DE PLANILLA	PAGINACIÓN
COMD122823	09/05/2022 13:23:31	09/05/2022	OV-3142942	55771778	1 de 1

MARCA	PLACA	LÍNEA	MODELO	CANTIDAD (UND)	TIPO DE MOTOR	A. MODELO
CASE		SR200B	SR200B	1.00 (94)	432T/M3 70	2022
N° MOTOR	**FECHA MFTO**	**LEVANTE**	**No. ADHESIVO DE PAGO**	**SERIE No.**	**VIN**	**COLOR**
832315	30/03/2022	482022000172489	92482201125251		JAFSR200CNM409448	AMARILLO
CÓDIGO	**DESCRIPCION**		**VALOR UNITARIO**	**DIVISA**	**TOTAL**	
SR200B	MINICARGADOR SOBRE LLANTAS SR200B		154,285,714,29	COP	154,285,714,00	

DISCRIMINACION DE LA PARTICIPACION		PORCENTAJE	VALOR
860034313	BANCO DAVIVIENDA S.A.	100,00	154,285,714,00

NAVITRANS Nit 890 903 024-1

Total Nro Líneas: 1

OBSERVACIONES:	%IVA	BASE	IMPUESTO		
Visite nuestro sitio web www.navitrans.com.co.	IVA 5,00%	154.285.714,00	7.714.285,70	SUBTOTAL	154.285.714,00
				DESCUENTO	
Forma Pago : Instrumento no definido				IVA	7.714.285,70
				IMPOCONSUMO	
				RETERENTA	
				RETEIVA	
				RETEICA	
				TOTAL FACTURA - COP	162.000.000,00

Esta factura de Venta es negociable según la ley 1231 de 2008. El comprador, titular de la factura, hace constar con su firma que acepta el contenido de la factura y el recibo de la mercancía; igualmente acepta ser consultado y reportado en caso de incumplimiento a cualquier central de riesgo. Navitrans S.A.S no se hace responsable por reparaciones o instalaciones realizadas por terceros. DESPUES DE 30 DIAS CALENDARIO NO SE ACEPTAN DEVOLUCIONES. Garantía de repuestos: 6 meses. Es condición para el reconocimiento de la garantía que el repuesto haya sido contramarcado por Navitrans S.A.S, lo cual el comprador debe verificar al momento de la entrega del bien adquirido. Con la aceptación de la factura autorizo a NAVITRAN S.A.S. para que ejerza el derecho de retención de todos los bienes a los que la misma se refiere, mientras su importe no sea cancelado. Los equipos marca CASE están equipados con llantas de uso genérico, no aptas para condiciones y aplicaciones de uso especiales. INGRESE A NUESTRA PAGINA WEB donde encontrará los términos de la garantía. CONSULTE SUS DERECHOS COMO CONSUMIDOR Y LOS MECANISMOS DE PROTECCION EN LA LEY 1480 DEL 2011 Y EN LA CIRCULAR UNICA DE LA SIC. VISITE NUESTRA PAGINA WEB WWW.NAVITRANS.COM.CO (http://WWW.NAVITRANS.COM.CO)

CONSIGNACIÓN NACIONAL EN CUALQUIER OFICINA DE: BBVA Recaudo: 305114753 BANCO DE OCCIDENTE Recaudo: 9221 BANCOLOMBIA Recaudo: 5474 BANCO CAJA SOCIAL Recaudo: 01842 AV. VILLAS Recaudo: 477002257 BANCO DE BOGOTA Recaudo: 353008150 CORPBANCA Recaudo: 2249 BANCO GNB SUDAMERIS Recaudo: 83015390 DAVIVIENDA Recaudo: 1000595

CUFE:be8f807f8cec02f2dfe52356000951ed486db2238e1825e3f18465ac1a2b3adeaa966efa0a3a1c4e58fe87fd1b3b602da
Fecha de Validación: 2022-05-09 13:23:52-05:00
Tipo de operación: Estándar - 10
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S BIC - Nombre del SW: CEN-Financiero - Nit: 890,321,151-0

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

MINISTERIO DE TRANSPORTE

TARJETA DE REGISTRO DE MAQUINARIA

No. 99305

No. DE REGISTRO	MARCA	LINEA	AÑO MODELO
MC480312	CASE	SR200B	2022

TIPO DE MAQUINARIA	CLASE	No. SERIE
CONSTRUCCION	MINICARGADOR	JAFSR200CNM409448

COLOR(ES)	No. MOTOR	RODAJE
AMARILLO	632318	NEUMATICOS

PESO Y MEDIDAS SIN ACCESORIOS

PESO	ALTO	ANCHO	LARGO
3130 Kg	2000 mm	1500 mm	3300 mm

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
BANCO DAVIVIENDA SA

IDENTIFICACIÓN
NIT 860.034.313

LOCATARIO APELLIDO(S) NOMBRE(S)
EQUIPOS CORDOBA S.A.S

IDENTIFICACIÓN
NIT 900.092.155

LIMITACIONES A LA PROPIEDAD

ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR
STRIA MCPAL TTEYTTO MONTERIA

FECHA REGISTRO	FECHA EXPEDICIÓN	FECHA VENCIMIENTO
10-06-2022	10-06-2022	******

ORIGEN	DEC. IMPORTACIÓN	FECHA DE LEVANTE
IMPORTACIÓN	482022000189723	30/03/2022



VALID 11/01/48 05:17

ESTA TARJETA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

TM06000009368

Anexo 22, 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	**30/10|/2024**

TIPO DE SEÑALIZACION	CANTIDAD	INSPECCION SAÑALIZACION		REPOSICIÓN	OBSERVACIONES
		CANT. BUENO	CANT. MALO		
SALIDA DE EMERGENCIA	5	5	0		
PUNTO DE ENCUENTRO	0	0	0		
RIESGO ELECTRICO	5	5	0		
RESIDUOS PELIGROSOS	0	0	0		
BODEGA	2	2	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	2	2	0		
USE CASCO	1	1	0		
PELIGRO CAIDA A MISMO NIVEL	6	6	0		
PARQUEADERO DE MÁQUINAS	1	1	0		
SALIDA DE EMERGENCIA IZQUIERDA	6	6	0		
SALIDA DE EMERGENCIA DERECHA	6	6	0		
USE MASCARILLA	1	1	0		
USE PROTECTOR AUDITIVO	1	1	0		
USE GUANTES	1	1	0		
LIBRE DE HUMO	1	1	0		
PELIGRO LIQUIDOS INFLAMABLES	1	1	0		
PERSONAL AUTORIZADO	2	2	0		

RENPONSABLE :	
FIRMA COORDINADOR SST	**FIRMA AUXILIAR SST**

Anexo 23, Seguimiento de subcontratista

CONSORCIO GMO HOSPITAL SUCRE	CONTROL DE SUBCONTRATISTA	VERSION 1 COD: SST-F055

Fecha de Control	Día: 29	MES: 10	Año: 2024.
Proyecto	"CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE		
NOMBRE DEL SUBCONTRATISTA (Razón Social)	Ingelcor SA.S		
NIT	812000053-6.		
ACTIVIDADES	Cargue y descargue material ☐ Fundicion concreto ☐		
	Servicio de Mantenimiento ☑ Reparaciones ☐ Urbanismo ☐		
	Otro cual:		
ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO	Trabajo en altura ☐ Espacios Confinados ☐ Trabajo en Caliente ☐		
	Trabajo Eléctrico ☑ Trabajo Con Sustancias Químicas ☐		

ASPECTOS A EVALUAR

Criterios	C	NC	N/A	Observación
Planilla de Pago a Seguridad Social o radicados de afiliacion	✓			
Elementos de Protección Personal	✓			
Maquinaria, Equipos y Herramientas	✓			
Cumplimiento de Normas y Procedimientos	✓			
Evalauaciones medicas ocumacionales de ingreso o especificos	✓			
Evalauaciones medicas ocumacionales de ingreso o especificos	✓			
Accidentes e Incidentes de Trabajo	✓			
Participación en actividades del SST	✓			
Induccion-perfil sociodemografico- notificacion de riesgo ETC				
Atención a los Requerimientos y Solicitudes	✓			
Proveedor de maquinaria debe soportar los siguiente documentación: Registro de importación de ADUANA, Cedula del operador, Afiliación o pago de seguridad social del operador, Certificado de mantenimientos preventivos realizado o buen funcionamiento de la maquinaria. Certificado de experiencia o estudios como operador maquina.			✓	
Para el transporte de materiales permanente en obra, el subcontratista de volco debe presentar los sgtes documentos: Licencia de transito, SOAT, Certificado de técnico mecánica y de gases, Cedula de conducto, Licencia de conducción del conductor vigentges.			✓	

ASPECTOS A MEJORAR - OBSERVACIONES

Stephanny Garay.
INSP SST

ISAI Os
NOMBRE Y FIMA - SUBCONTRATISTA

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	CONTROL DE SUBCONTRATISTA	VERSION 1 COD: SST-F055

Fecha de Control	Día	MES	Año
	19	10	2024

Proyecto	"CONSTRUCCIÓN, EQUIPAMIENTO FIJO Y DOTACIÓN DEL HOSPITAL DEL GOLFO DE MORROSQUILLO EN EL MUNICIPIO DE COVEÑAS, SUCRE
NOMBRE DEL SUBCONTRATISTA (Razón Social)	SEPTET
NIT	900500192
ACTIVIDADES	Cargue y descargue material ☐ Fundicion concreto ☐
	Servicio de Mantenimiento ☐ Reparaciones ☐ Urbanismo ☑
	Otro cual:
ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO	Trabajo en altura ☐ Espacios Confinados ☐ Trabajo en Caliente ☐
	Trabajo Eléctrico ☐ Trabajo Con Sustancias Químicas ☐

ASPECTOS A EVALUAR

Criterios	C	NC	N/A	Observación
Planilla de Pago a Seguridad Social o radicados de afiliacion	✓			
Elementos de Protección Personal		✓		
Maquinaria, Equipos y Herramientas	✓			
Cumplimiento de Normas y Procedimientos	✓			
Evalauaciones medicas ocumacionales de ingreso o especificos	✓			
Evalauaciones medicas ocumacionales de ingreso o especificos	✓			
Accidentes e Incidentes de Trabajo	✓			
Participación en actividades del SST	✓			
Induccion-perfil sociodemografico- notificacion de riesgo ETC	✓			
Atención a los Requerimientos y Solicitudes	✓			
Proveedor de maquinaria debe soportar los siguiente documentación: Registro de importación de ADUANA, Cedula del operador, Afiliación o pago de seguridad social del operador, Certificado de mantenimientos preventivos realizado o buen funcionamiento de la maquinaria. Certificado de experiencia o estudios como operador maquina.			✓	
Para el transporte de materiales permanente en obra, el subcontratista de volco debe presentar los sgtes documentos: Licencia de transito, SOAT, Certificado de técnico mecánica y de gases, Cedula de conducto, Licencia de conducción del conductor vigentges.			✓	

ASPECTOS A MEJORAR - OBSERVACIONES

Uso adecuado de dotación.

Stephanny Gomez
INSP SST

Rafael Ponce Coll J.
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 : oct-24

No.	Apellidos/Nombres	CEDULA	EMPRESA	NIT	Cargo	Fecha Inicio dd/mm/aaaa	Fecha Fin dd/mm/aaaa	ARL	EPS	AFP
1	ALEXIS FLOREZ VARGAS	1007608507	EQUIPOS CORDOBA	900092155	MAQUINISTA			SURA	PENDIENTE	PENDIENTE
2	JESUS DAVID SUAREZ BELLO	1064983036	SERTET	900500192	CADENERO	26/06/2024		SURA	MUTUALSER	PENDIENTE
3	RAFAEL DARÍO CALLE JIMENEZ	1064984052	SERTET	900500192	TOFOGRAFO	26/06/2024		SURA	MUTUALSER	COLFONDOS
4	MANUEL JOSE MARTINEZ DIAZ	1003034906	INGELCOR SAS	812000053	AUX ELECTRICISTA	24/09/2024		COLMENA	SALUDTOTAL	PENDIENTE
5	JOSE JORGE PAEZ HERRERA	1002324886	INGELCOR SAS	812000053	AUX ELECTRICISTA	24/09/2024		COLMENA	COMPENSAR	PENDIENTE
6	OBERT LUIS ALTAMIRANDA DIAZ	1063154691	INGELCOR SAS	812000053	AUX ELECTRICISTA	24/09/2024		COLMENA	MUTUALSER	COLFONDOS
7	EVER ENRIQUE MARTINEZ LOPEZ	11036321	INGELCOR SAS	812000053	AUX ELECTRICISTA	24/09/2024		COLMENA	MUTUALSER	COLPENSIONES
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										

FIRMA AUXILIAR SST

FIRMA COORDINADOR SST

REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO

CONTRATO:	91932	
RAZON SOCIAL	INGELCOR INGENIERIA SAS	
IDENTIFICACION:	NI 812000053	

INGRESO DE TRABAJADOR

Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
99085409	2024-9-24	CC 1063154691
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
ALTAMIRANDA DIAZ	OBERT LUIS	1988-6-14
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
TIERRALTICA	N/A	Rural
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
LORICA - Córdoba	calidad@ingelcor.com	3147659
Celular	**Sexo**	
3147659760	Masculino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
AUXILIAR ELECTRICISTA	$1,300,000.00	Nueva EPS
AFP	**Centro de Trabajo**	
Fondo Pensiones Cesantías SA COLFONDOS	RIESGO 5	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2024-9-24	NO DEFINIDA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros ® - 2009**

REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO

CONTRATO:	91932	
RAZON SOCIAL	INGELCOR INGENIERIA SAS	
IDENTIFICACION:	NI 812000053	

INGRESO DE TRABAJADOR

Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
99085368	2024-9-24	CC 11036321
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
MARTINEZ LOPEZ	EVER ENRIQUE	1977-11-28
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
MATA DE CANA	N/A	Rural
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
CERETE - Córdoba	calidad@ingelcor.com	3104869
Celular	**Sexo**	
3217877633	Masculino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
AUXILIAR ELECTRICISTA	$1,300,000.00	Asociacion Mutual SER ESS Contributivo
AFP	**Centro de Trabajo**	
Porvenir	RIESGO 5	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2024-9-24	NO DEFINIDA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros ® - 2009**

REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO

CONTRATO:	91932	
RAZON SOCIAL	INGELCOR INGENIERIA SAS	
IDENTIFICACION:	NI 812000053	

INGRESO DE TRABAJADOR

Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
99085454	2024-9-24	CC 1002324886
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
PAEZ HERRERA	JOSE JORGE	1997-8-30
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
mz 3 casa 22 sabana	**MONTERÍA**	Urbana
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
CERETE - Córdoba	calidad@ingelcor.com	1075181
Celular	**Sexo**	
3107518634	Masculino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
AUXILIAR ELECTRICISTA	$1,300,000.00	Compensar E.P.S.
AFP	**Centro de Trabajo**	
Colpensiones	RIESGO 5	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2024-9-24	NO DEFINIDA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros ® - 2009**

REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO

CONTRATO:	91932	
RAZON SOCIAL	INGELCOR INGENIERIA SAS	
IDENTIFICACION:	NI 812000053	

INGRESO DE TRABAJADOR

Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
99085335	2024-9-24	CC 1003034906
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
MARTINEZ DIAZ	MANUEL JOSE	2000-2-17
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
corregimiento los monos	N/A	Rural
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
LORICA - Córdoba	calidad@ingelcor.com	3174432
Celular	**Sexo**	
3174432422	Masculino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
AUXILIAR ELECTRICISTA	$1,300,000.00	Salud Total S.A. E.P.S.
AFP	**Centro de Trabajo**	
Porvenir	RIESGO 5	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2024-9-24	NO DEFINIDA	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros ® - 2009**

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4013241038	2|4|0|9|2|0|2|4

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion: B. Colectiva ☐ A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐

3.Regimen: A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6.Apellidos y nombres			
MARTINEZ (Primer apellido)	DIAZ (Segundo apellido)	MANUEL (Primer nombre)	JOSE (Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1003034906	Femenino ☐ Masculino ☒	1|7|0|2|2|0|0|0

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Categoria: Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
RIESGOS PROFESIONALES COLMENA	PORVENIR FPC	1300000

18.Residencia			
CL 5 7 15 (Dirección)	Telefono fijo	3174432422 (Telefono celular)	MANUELMARTINEZ@GMAIL.COM (Correo electronico)
LORICA (Municipio/Distrito)	zona: Urbana cabecera municipal ☒ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ Resto rural ☐	Localidad / comuna	CORDOBA (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres completos			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad	**21. Número documento identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

25. Tipo documento de identidad	26. Número de identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
		Femenino	Masculino	
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos complementarios

29.Parentesco	30. Etnia	31. Categoría de discpacidad	Condición	
			T	P
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

32. Datos de residencia							33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	GRUPO SALUD CORDOBA SEDE LORICA-CP - GRUPO SALUD CORDOBA SEDE LORICA-CP	SCLORICA - SCLORICA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA,INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
INGELCOR INGENIERIA SAS	NIT	812000053	01

39.Ubicación				
CL 61 7 52 (Dirección)	7854745 (Teleéfono)	M.GARCIA@INGELCOR.COM (Correo electrónico)	MONTERIA (Municipio/distrito)	CORDOBA (Departamento)

M-PYGA-F001 V 1.0-2018

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificacion
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS.
  Código: ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 14.Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ 15. Reporte de fallecimiento
- ☐ 16.Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		2|4|0|9|2|0|2|4

43.EPS anterior	44.Motivo de traslado Código:	45.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- 46. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- 47. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- 49. ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- 50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- 51. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- 52. ☒ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- 53. ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Manuel Martinez	Click AQUÍ para firmar

IX.ANEXOS

- ☐ 56.Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐
  Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ 63.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 64.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 65.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71.Firma del funcionario

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

O.P. 285582 07/18

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

dependiente

No. de Radicación: 25/09/2024

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

01

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ]; C. Institucional [ ]; D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]; Código (a registrar por la EPS) [ ]

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ALVAREZ	DIAZ	OBERT	LUIS

7. Tipo de documento de identidad: [X]
8. Número del documento de identidad: 1.063.154.691
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: 14/06/1988

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia: [ ]
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
13. Puntaje SISBÉN: [ ]
14. Grupo de población especial: [ ]
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: COLMENA
16. Administradora de Pensiones: COLPENSIONES
17. Ingreso base de cotización - IBC: 1.300.000
18. Residencia: Dirección: CORREGIMIENTO TIERRALTICA; Teléfono Fijo: [ ]; Teléfono Celular: 3147659760; Correo electrónico: [ ]
Municipio/Distrito: LORICA; Zona: Urbana [ ] Rural [X]; Localidad/Comuna: VIA; Departamento: CORDOBA

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

20. Tipo de documento de identidad: [ ]
21. Número del documento de identidad:
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres

	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono	Correo electrónico	Código del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

OPERACIONES
mutualser
MONTERIA
25/09/2024
DOCUMENTO PROCESADO

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social: INGELCOR INGENIERIA SAS
36. Tipo de documento de identificación: NIT
37. Número del documento de identificación: 812000053-6
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: Dirección: CL 61 # 7-52 LA CASTELLANA; Teléfono: 7851149; Correo electrónico: Calidad@ingelcor.com; Municipio/Distrito: MONTERIA; Departamento: CORDOBA

- 2a. COPIA: AFILIADO -

Página 1 de 2
03/2016

- ORIGINAL: E.P.S. - - 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

O.P. 350682 07/16

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Movilidad: [x] A. Régimen Contributivo. [ ] B. Régimen Subsidiado.
- [x] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen. [ ] B. Diferente Régimen.
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad [ ] Número del documento de identidad | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento D D M M A A A A | **42. Fecha** 24092024

43. EPS anterior | **44. Motivo de traslado** Código [ ] | **45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones**

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [x] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

Obert Altamiranda
54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la se[illegible] escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación D D M M A A A A	69. Fecha de validación D D M M A A A A
						25/09/2024

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad [ ] | Número del documento de identidad | **71. Firma del funcionario**

OBSERVACIONES: INGRESO 24/09/2024

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VI del formulario.

Página 2 de 2

- 2a. COPIA: AFILIADO -

VIGILADO Supersalud

OPERACIONES
mutualser
Atención sin tanta vuelta
MONTERIA

DOCUMENTO PROCESADO

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No de Radicación: 23417-00005000-SM

Fecha de Radicación: 24/09/2024

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

I. DATOS DE TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación		3. Régimen
A. Afiliación (X) B. Reporte de Novedades ( )	B. Colectiva ( )	A. Individual: -Cotizante o Cabeza de Familia (X) -Beneficiario o Afiliado ( ) C. Institucional ( ) D. De Oficio ( )	A. Contributivo (X) B. Subsidiado ( )

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante (X) B. Cabeza de Familia ( ) C. Beneficiario ( )	A. Dependiente (X) B. Independiente ( ) C. Pensionado ( )	

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia) — A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y Nombres			
MARTINEZ	LOPEZ	EVER	ENRIQUE
7. Tipo de Documento de Identidad	**8. Número del documento de identidad**	**9. Sexo**	**10. Fecha de Nacimiento**
CC	11036321	Femenino ( ) Masculino (X)	21/11/1977

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad		13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de Población Especial
06	Tipo (F N M)	Condición (T P)	35.52	5

15. Administradora de Riesgos Laborales -	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
COLMENA RIESGOS PROFESIONALES S.A	PORVENIR	1300000

18. Residencia				
KR 5 1 10		Teléfono Fijo	3104536487	
LORICA	Zona	Urbana ( ) Rural (X)	LA CANCHITA	CORDOBA
Municipio/Distrito			Localidad/Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente

19. Apellidos y Nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
20. Tipo de Documento de Identidad	**21. Número del documento de identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de Nacimiento**
		Femenino ( ) Masculino ( )	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados

24.	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

25.	Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo		28. Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

29.	Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad			Condición	
			Tipo F	Tipo N	Tipo M	T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32.	Datos de residencia Municipio/Distrito	Zona Urban	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

		34. Nombre de la institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C			
B	1		
B	2		
B	3		
B	4		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón	36. Tipo de Documento de identidad	37.Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
INGELCOR INGENIERIA SAS	NI	812000053	Empleador

39. Ubicación				
CALLE 61 NORTE # 7 - 52	7854745	auxiliaradministrativo@ingelcor.com	MONTERIA	CORDOBA
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento

mutualser
Atención sin tanta vuelta
NIT 806.008.394-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [x] 13. Movilidad: [x] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad		Sexo	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
[ ]		Femenino [ ] Masculino [ ]		2 4 0 9 2 0 2 4

43. EPS anterior	44. Motivo de Traslado Código [ ]	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [x] 46. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [x] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [x] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [x] 51. Autorización para que que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o de cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [x] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación, colectiva institucional o de Oficio
Ever Martinez	INGELCOR S.A.S.

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: [CN] [RC] [TI] [CC] [PA] [CE] [CD] [SC]
  Cantidad: [0] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [0] Total [0]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBEN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de validación (D D M M A A A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad [ ]	Número del documento de identidad	71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capitulo VII del formulario

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | eps salud

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 25 9 2024

I. DATOS DEL TRÁMITE *(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)*

1. Tipo de trámite: A. Afiliación | B. Reporte de Novedades X
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia X • Beneficiario o afiliado adicional
B. Colectiva | C. Institucional | D. De oficio
3. Régimen: A. Contributivo X | B. Subsidiado
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante X | B. Cabeza de familia | C. Beneficiario
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente X | B. Independiente | C. Pensionado
Código (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: PAEZ HERRERA JOSE JORGE
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 1002324886
9. Sexo: Femenino | Masculino X
10. Fecha de nacimiento: 30 8 1997

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo | Condición
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL
16. Administradora de pensiones: PORVENIR
17. Ingreso base de cotización - IBC
18. Residencia: MZ3 CASA 22 | 3011376330
josejorgepaez12@gmail.com | CARTAGENA | Zona: Urbana X Rural | BOLÍVAR

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres
20. Tipo de documento de identidad
21. Número de documento de identidad
22. Sexo: Femenino | Masculino
23. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F N M T P	Condición	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot. B B B

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social: INGELCOR LTDA
36. Tipo de documento de identificación: NI
37. Número del documento de identificación: 812000053
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: CLL 61 #7-52 LA CASTELLANA | 7851149 | auxiliaradministrativo@ingelcor.com | MONTERIA | CóRDOBA

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Modificación datos básicos de identificación
2. Corrección datos básicos de identificación
3. Actualización documento de identidad
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS
Código
6. Reinscripción en la EPS X
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo B. Régimen Subsidiado
14. Traslado: A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen
15. Reporte por fallecimiento
16. Reporte del trámite de protección al cesante
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación
Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo: Femenino Masculino | Fecha de nacimiento
42. Fecha: 24 9 2024
43. EPS anterior
44. Motivo de traslado Código
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. X
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. X
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 X
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. X

VIII. FIRMAS

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN Cant. RC Cant. TI Cant. CC Cant. PA Cant. CE Cant. CD Cant. SC Cant. Total
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial
Código del municipio | Código del departamento
67. Datos del SISBÉN
Número de la ficha | Puntaje | Nivel
68. Fe... n
70. Datos del funcionario que realiza la validación
Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad
71. Firm...

B
25/09/2024
COD: 475 Natalia Narvaez
SUJETO A VERIFICACION

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio
Caja de Compensación Familiar COMPENSAR EPS Comunicaciones

CUESTIONARIO CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

compensar | eps salud

	SI	NO
¿Previo diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo la entrega de la carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	

Firma del afiliado (cotizante):

No. Identificación: **CC** **1002324886**

FIRMA A RUEGO (Diligenciar exclusivamente cuando el cotizante no pueda firmar)

A ruego de (la) señor (a) con C.C. No.

lo hace en su nombre, el (la) señor(a)

con C.C. No. mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que se está entregando, quien además actúa como testigo, certificando que la huella dactilar del dedo índice de la mano derecha pertenece al (la) señor(a)

Firma a Ruego:

Nombres y apellidos:

Identificación:

Edad:

Dirección de domicilio:

Nombres y apellidos de quien no sabe firmar:

Identificación:

AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

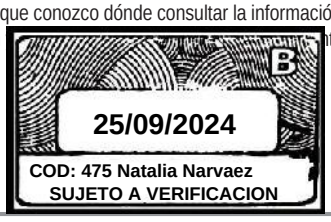
Autorizo de manera voluntaria, explicita, previamente informada e inequívoca a todos los servicios de salud Compensar EPS, de acuerdo a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013 y el Decreto 886 de 2012, para tratar mi información personal, según lo establecido en su Manual de Protección de Datos Personales, disponible en:www.compensar.com / vínculo protección Datos Personales; información que será utilizada en el desarrollo de las funciones propias para:

- Dar cumplimiento a obligaciones contraídas conmigo y/o mis beneficiarios.
- Dar cumplimiento a requerimientos legales y de organismos de control.
- Proveer y/o evaluar la calidad de los productos y/o servicios requeridos por mí.
- La realización de estudios internos sobre fines estadísticos y analíticos de los datos, para mejoras de nuestros servicios o programas especializados de atención en salud; información sobre la cual podré, en cualquier momento, ejercer mis derechos de Habeas Data, para solicitar que no se me envíe información de los servicios en los casos que sea pertinente, y que no afecte el servicio de salud prestado por Compensar EPS.
- Transmitir mis datos personales a las administradoras encargadas de la seguridad social, con el fin de actualizar el estado de mi afiliación y/o traslado en el sistema.
- Compartir mis datos personales con la Caja de Compensación Familiar Compensar para efectos de la prestación de servicios de salud.

Cabe anotar, que la protección de los datos personales se efectúa a través de proveedores tecnológicos, con los cuales se tienen firmados contratos de transmisión de información, en aras de cumplir a cabalidad con los principios de acceso de la ley, así como de tomar las medidas técnicas y tecnológicas necesarias para el aseguramiento de los datos.

Como titular de la información personal sobre la que Compensar EPS ejerce el tratamiento, se me informa sobre los canales a través de los cuales puedo ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, suprimir mis datos personales, entre ellos el correo electrónico protecciondedatos@compensar.com, y la central telefónica de la EPS.

La protección de datos personales efectuada por Compensar EPS, cumple con los principios de finalidad, necesidad, circulación restringida, confidencialidad y seguridad señalados en la Ley 1581 de 2012 y manifiesto expresamente que conozco dónde consultar la información sobre protección de datos personales, así como los efectos y alcance de la presente autorización [illegible]timiento en el momento de otorgarla.



Firma del afiliado (cotizante):

No. Identificación: **CC** **1002324886**

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) OBERT LUIS ALTAMIRANDA DIAZ identificado(a) con C.C No. 1.063.154.691 se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias desde el día 30 de septiembre de 2014 y sus recursos están distribuidos como se detalla a continuación: El 100% en el FONDO MODERADO desde el día 30 de noviembre de 0002, y el 100% de sus aportes en el FONDO MAYOR RIESGO desde el día 05 de marzo de 2019 .

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 27 de septiembre de 2024.

El presente certificado fue emitido como mensaje de datos y contiene una firma digital válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción Contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 748 4888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a EVER ENRIQUE MARTINEZ LOPEZ identificado/a con documento de identidad Cédula de Ciudadanía número 11036321, se encuentra afiliado/a desde 12/06/2024 al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 24 de septiembre de 2024.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900092155	1	EQUIPOS CORDOBA S.A.S.	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	DEPENDIENTES - COMFACOR	CLL30-2-08	MONTERIA-CORDOBA	7810798	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-09	908805599	9473215991	E	2024/09/12	2024/09/12	BANCOLOMBIA	0	$18,756,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

No.	EMPLEADO			NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: DEPENDIENTES - COMFACOR (40 Afiliados)																								$62,858,872	$10,124,900			$64,158,872	$2,677,300			$62,642,205	$2,506,100			$64,158,872		$3,448,500		$0	$0		$18,756,800
Centro de Trabajo: ADMINISTRATIVO (6 Afiliados)																								$16,818,535	$2,758,300			$16,818,535	$672,900			$16,818,535	$672,900			$16,818,535		$167,800		$0	$0		$4,271,900
Ciudad: MONTERIA Depto: CORDOBA (6 Afiliados)																								$16,818,535	$2,758,300			$16,818,535	$672,900			$16,818,535	$672,900			$16,818,535		$167,800		$0	$0		$4,271,900
1	CC	1064990255	COCUY YENNIFER																			23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	1.044%	$13,600	30	$0	$0	Si	$325,600
2	CC	79790222	GARCIA LIBARDO																			25-14	30	$4,712,976	$754,100	EPS010	30	$4,712,976	$188,600	CCF16	30	$4,712,976	$188,600	14-11	30	$4,712,976	1.044%	$49,300	30	$0	$0	Si	$1,180,600
3	CC	1003248232	GOMEZ MICHAELL																			23030 1	12	$520,000	$83,200	EPS005	12	$520,000	$20,800	CCF16	12	$520,000	$20,800	14-11	12	$520,000	1.044%	$5,500	12	$0	$0	Si	$130,300
4	CC	1003248232	GOMEZ MICHAELL													X						23030 1	18	$780,000	$124,800	EPS005	18	$780,000	$31,200	CCF16	18	$780,000	$31,200	14-11	18	$780,000	0.000%	$0	18	$0	$0	Si	$187,200
5	CC	92510297	HERNANDEZ JORGE																			25-14	30	$6,718,937	$1,142,300	EPS005	30	$6,718,937	$268,800	CCF16	30	$6,718,937	$268,800	14-11	30	$6,718,937	1.044%	$70,200	30	$0	$0	Si	$1,750,100
6	CC	1102885146	MURILLO YURANIS																			23030 1	30	$1,486,622	$237,900	EPS002	30	$1,486,622	$59,500	CCF16	30	$1,486,622	$59,500	14-11	30	$1,486,622	1.044%	$15,600	30	$0	$0	Si	$372,500
7	CC	1067944524	POSSO ERLENDYS																			23030 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS041	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	1.044%	$13,600	30	$0	$0	Si	$325,600

Planilla Resumen

Centro de Trabajo: SURA (34 Afiliados)							$46,040,337	$7,366,600			$47,340,337	$2,004,400			$45,823,670	$1,833,200			$47,340,337		$3,280,700		$0	$0		$14,484,900
Ciudad: MONTERIA Depto: CORDOBA (34 Afiliados)							$46,040,337	$7,366,600			$47,340,337	$2,004,400			$45,823,670	$1,833,200			$47,340,337		$3,280,700		$0	$0		$14,484,900
8	CC	1064997701	ANAYA JADER		230201	30	$1,560,000	$249,600	EPS010	30	$1,560,000	$62,400	CCF16	30	$1,560,000	$62,400	14-11	30	$1,560,000	6.960%	$108,600	30	$0	$0	Si	$483,000
9	CC	1064317995	ANAYA JESUS		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
10	CC	1003191942	ARGEL MARLENE		230201	30	$1,800,000	$288,000	CCFC55	30	$1,800,000	$72,000	CCF16	30	$1,800,000	$72,000	14-11	30	$1,800,000	6.960%	$125,300	30	$0	$0	Si	$557,300
11	CC	1001243224	ARRIETA ENOR		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS041	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
12	CC	1062427614	BANDA MARCO			0	$0	$0	EPS002	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	0	$0	$0	No	$253,000
13	CC	1067915983	BENITEZ HERNAN		231001	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
14	CC	15647460	BORJA ELIER		230301	30	$1,300,000	$208,000	ESSC07	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
15	CC	78709585	BUELVAS SERGIO		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
16	CC	10766231	CALDERA ALBERTO		25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
17	CC	11032723	COGOLLO DEIBER		231001	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
18	CC	10767339	DIAZ NELSON		25-14	30	$1,300,000	$208,000	MIN001	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
19	CC	1003402662	DONADO ANGEL		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
20	CC	78744129	FLOREZ MANUEL		231001	30	$1,391,246	$222,600	EPS002	30	$1,391,246	$55,700	CCF16	30	$1,391,246	$55,700	14-11	30	$1,391,246	6.960%	$96,900	30	$0	$0	Si	$430,900
21	CC	1067920269	FURNIELES BENJAMIN		231001	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
22	CC	1007682901	GOMEZ KATTY		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
23	CC	1067845084	HERAZO LINDA		25-14	30	$2,997,844	$479,700	EPS002	30	$2,997,844	$120,000	CCF16	30	$2,997,844	$120,000	14-11	30	$2,997,844	6.960%	$208,700	30	$0	$0	Si	$928,400
24	CC	1067948318	LONDOÑO CESAR		230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS048	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
25	CC	1067858885	LONDOÑO LADYS		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
26	CC	10773669	MARTINEZ ELKIN		230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS048	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
27	CC	1067893105	MELENDREZ DIDIER		230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
28	CC	10765920	MOVILLA ALFONSO		231001	30	$1,391,246	$222,600	EPS005	30	$1,391,246	$55,700	CCF16	30	$1,391,246	$55,700	14-11	30	$1,391,246	6.960%	$96,900	30	$0	$0	Si	$430,900
29	CC	78751394	NAVARRO JOSE		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
30	CC	78707978	OJEDA CESAR		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
31	CC	1064978152	OSPINO OSCAR		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
32	CC	11076902	PEREZ PABLO		230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
33	CC	1051448964	QUINTANA ROBERTO		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
34	CC	1003713591	RAMOS LUIS	X	230201	3	$130,000	$20,800	EPS037	3	$130,000	$5,200	CCF16	0	$0	$0	14-11	3	$130,000	0.000%	$0	0	$0	$0	Si	$26,000
35	CC	1003713591	RAMOS LUIS		230201	27	$1,170,000	$187,200	EPS037	27	$1,170,000	$46,800	CCF16	27	$1,170,000	$46,800	14-11	27	$1,170,000	6.960%	$81,500	27	$0	$0	Si	$362,300
36	CC	1067852313	RAMOS OMAR		230301	30	$1,300,000	$208,000	ESSC07	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
37	CC	1067907866	RUIZ GREISON		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
38	CC	1041260742	TORRES OSNAIDER	X	230301	2	$86,667	$13,900	EPS005	2	$86,667	$3,500	CCF16	0	$0	$0	14-11	2	$86,667	0.000%	$0	0	$0	$0	Si	$17,400
39	CC	1041260742	TORRES OSNAIDER		230301	28	$1,213,334	$194,200	EPS005	28	$1,213,334	$48,600	CCF16	28	$1,213,334	$48,600	14-11	28	$1,213,334	6.960%	$84,500	28	$0	$0	Si	$375,900
40	CC	1007608507	VARGAS ALEXIS		230301	30	$1,300,000	$208,000	ESSC07	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
41	CC	1071352688	VERTEL DAIRO		230301	30	$1,800,000	$288,000	EPS048	30	$1,800,000	$72,000	CCF16	30	$1,800,000	$72,000	14-11	30	$1,800,000	6.960%	$125,300	30	$0	$0	Si	$557,300
42	CC	15645609	VIAAA JOSE		230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
43	CC	10932269	VIAÑA OSCAR		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS048	30	$1,300,000	$52,000	CCF16	30	$1,300,000	$52,000	14-11	30	$1,300,000	6.960%	$90,500	30	$0	$0	Si	$402,500
Total		**Afiliados(40)**					$62,858,872	$10,124,900			$64,158,872	$2,677,300			$62,642,205	$2,506,100			$64,158,872		$3,448,500		$0	$0		$18,756,800

PLANILLA PAGADA

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900092155	1	EQUIPOS CORDOBA S.A.S.	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	DEPENDIENTES - COMFACOR	CLL30-2-08	MONTERIA-CORDOBA	7810798	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-09	908805599	9473215991	E	2024/09/12	2024/09/12	BANCOLOMBIA	0	$18,756,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				39	$10,124,900	$0	$0	$10,124,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	5	$1,069,200	$0	$0	$1,069,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	5	$2,792,100	$0	$0	$2,792,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	21	$4,478,000	$0	$0	$4,478,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	8	$1,785,600	$0	$0	$1,785,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				40	$3,448,500	$0	$0	$3,448,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	40	$3,448,500	$0	$0	$3,448,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				39	$2,506,100	$0	$0	$2,506,100
COMFACOR	CCF16	891,080,005	1	39	$2,506,100	$0	$0	$2,506,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 9)				40	$2,677,300	$0	$0	$2,677,300
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$72,000	$0	$0	$72,000
EPS MUTUAL SER	EPS048	806,008,394	7	4	$228,000	$0	$0	$228,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	2	$251,000	$0	$0	$251,000
FOSYGA	MIN001	901,037,916	1	1	$52,000	$0	$0	$52,000
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	3	$156,000	$0	$0	$156,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	6	$312,000	$0	$0	$312,000
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	2	$104,000	$0	$0	$104,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	14	$917,700	$0	$0	$917,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	7	$584,600	$0	$0	$584,600
TOTAL				40	$18,756,800	$0	$0	$18,756,800

2024/09/16 09:02 AM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900500192	6	SERTET	D - BENEFICIARIO LEY 1429 DE 2010	MONTERIA	cra 9a 35-34	MONTERIA-CORDOBA	7811207	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-09	977158388	9475374309	E	2024/09/20	2024/10/15	BANCOLOMBIA	25	$11,176,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	Codigo	Dias	Codigo	Días	Codigo	Días	Tarifa	Días	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: MONTERIA (34 Afiliados)																															
Centro de Trabajo: 001 (16 Afiliados)																															
Ciudad: MONTERIA Depto: CORDOBA (16 Afiliados)																															
1	CC	1064987162	ARRIETA BELLO MARLON MANUEL		X																23100 1	30	EPS037	30	CCF16	30	14-4	30	6.960%	30	Si
2	CC	1073808451	BURGOS CRUZ TEYLOR DAVID																		23020 1	30	EPS002	30	CCF16	30	14-4	30	6.960%	30	No
3	CC	1063176023	CARDONA ARRIETA WENDY PAOLA																		23030 1	30	EPS002	30	CCF16	30	14-4	30	6.960%	30	Si
4	CC	1063180127	CORREA PADILLA ELENA PAHOLA																		23030 1	30	EPS048	30	CCF16	30	14-4	30	6.960%	30	Si
5	CC	92230461	DE LA HOZ LOBO FABIO ARMANDO																		23030 1	30	EPS048	30	CCF16	30	14-4	30	6.960%	30	Si
6	CC	1003432292	DIAZ ROSSO JOAQUIN JOSE																		23030 1	30	EPS005	30	CCF16	30	14-4	30	6.960%	30	Si
7	CC	50900174	ESPITIA VARGAS LORENZA DEL PILAR																		25-14	30	CCFC55	30	CCF16	30	14-4	30	6.960%	30	Si
8	CC	1003435233	GAVIRIA DIAZ ROSA ISELLA																		23100 1	30	EPS002	30	CCF16	30	14-4	30	6.960%	30	No
9	CC	1003061517	ISAZA HERNANDEZ KELIS																		23030 1	30	EPS002	30	CCF16	30	14-4	30	6.960%	30	Si
10	CC	1064987184	PADILLA JIMENEZ ELKIN JOSE																		23100 1	30	EPS037	30	CCF16	30	14-4	30	6.960%	30	Si
11	CC	7383573	PADILLA URANGO RAUL JAVIER																		23030 1	30	EPS048	30	CCF16	30	14-4	30	6.960%	30	Si
12	CC	1067948962	RAMOS MONTES MARIA CAMILA																		23030 1	30	EPS002	30	CCF16	30	14-4	30	6.960%	30	Si
13	CC	1067965239	ROMERO ALMANZA MATEO ESTEBAN																		23030 1	30	EPS002	30	CCF16	30	14-4	30	6.960%	30	Si
14	CC	1067965572	SEGURA AVILA JHONY RAFAEL																		23030 1	30	ESSC07	30	CCF16	30	14-4	30	6.960%	30	Si
15	CC	1067962486	SILGADO ALVAREZ MANUEL ALEJANDRO																		23030 1	30	ESSC07	30	CCF16	30	14-4	30	6.960%	30	Si
16	CC	7369377	VERGARA MORALES JORGE ALBERTO																		23030 1	30	EPS010	30	CCF16	30	14-4	30	6.960%	30	Si
Centro de Trabajo: C/O SEVERÁ 2 Y 3 (3 Afiliados)																															
Ciudad: MONTERIA Depto: CORDOBA (3 Afiliados)																															
17	CC	1065000312	CABALLERO ARGEL ONALVIS ELIAS																		23100 1	30	EPS002	30	CCF16	30	14-4	30	6.960%	30	Si
18	CC	79433259	CAICEDO MONCADA JORGE URIEL																		25-14	30	EPS037	30	CCF16	30	14-4	30	6.960%	30	Si
19	CC	78027800	JIMENEZ FARIA ANDRES ALFONSO																		23100 1	30	ESSC07	30	CCF16	30	14-4	30	6.960%	30	Si
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 0 (1 Afiliados)																															
Ciudad: MONTERIA Depto: CORDOBA (1 Afiliados)																															
20	CC	1067936388	AVILES NEGRETE JUAN DAVID																		23030 1	30	EPS041	30	CCF16	30	14-4	30	6.960%	30	Si

Planilla Resumen

Centro de Trabajo: CONTROL DE OBRA - VOLCÁN (9 Afiliados)																
Ciudad: MONTERIA Depto: CORDOBA (9 Afiliados)																
21	CC	1007674107	CUELLO PEÑA OSCAR DAVID		X	25-14	3	CCFC33	3	CCF16	3	14-4	3	6.960%	3	Si
22	CC	1067942099	FLOREZ RAMOS VICTOR JULIAN			230301	30	CCFC33	30	CCF16	30	14-4	30	6.960%	30	Si
23	CC	70529854	GONZALEZ BENITEZ JOSE LUIS		X	230201	1	EPS010	1	CCF16	1	14-4	1	6.960%	1	Si
24	CC	1007340539	LUNA SIOLO WILMER ALFONSO		X	230301	3	EPS040	3	CCF16	3	14-4	3	6.960%	3	Si
25	CC	70529966	PEÑA SENA JORGE LUIS		X	230301	1	EPS041	1	CCF16	1	14-4	1	6.960%	1	Si
26	CC	1001379395	PEÑA DE AGUSTIN JOSE MANUEL		X	230301	1	CCFC33	1	CCF16	1	14-4	1	6.960%	1	Si
27	CC	70529064	PEÑA TEHERAN NEBIL ENRIQUE		X	230301	1	EPS037	1	CCF16	1	14-4	1	6.960%	1	Si
28	CC	1192784966	SAFAR GAVIRIA ESPERANZA		X	230301	1	EPS002	1	CCF16	1	14-4	1	6.960%	1	Si
29	CC	1033377241	SANTANA PESTANA DAIRO LUIS		X	230201	1	EPS037	1	CCF16	1	14-4	1	6.960%	1	Si
Centro de Trabajo: MAGANGUÉ (1 Afiliados)																
Ciudad: MONTERIA Depto: CORDOBA (1 Afiliados)																
30	CC	1003001283	NEGRETE MANCO KEVIN ANDRES	X		230301	4	EPS010	4	CCF16	4	14-4	4	6.960%	4	Si
Centro de Trabajo: PROYECTO 001 (1 Afiliados)																
Ciudad: MONTERIA Depto: CORDOBA (1 Afiliados)																
31	CC	1064983036	SUAREZ BELLO JESUS DAVID			230301	30	ESSC07	30	CCF16	30	14-4	30	6.960%	30	Si
Centro de Trabajo: PROYECTO 4 (1 Afiliados)																
Ciudad: MONTERIA Depto: CORDOBA (1 Afiliados)																
32	CC	1133795212	MUÑOZ GUERRERO ALEX JOSE			231001	30	EPS002	30	CCF16	30	14-4	30	6.960%	30	Si
Centro de Trabajo: PROYECTOS VARIOS (1 Afiliados)																
Ciudad: MONTERIA Depto: CORDOBA (1 Afiliados)																
33	CC	78032860	PADILLA URANGO SAMIR ELIAS			231001	30	EPS037	30	CCF16	30	14-4	30	6.960%	30	Si
Centro de Trabajo: SANTA LUCIA (1 Afiliados)																
Ciudad: MONTERIA Depto: CORDOBA (1 Afiliados)																
34	CC	1064984052	CALLE JIMENEZ RAFAEL DARIO			231001	30	ESSC07	30	CCF16	30	14-4	30	6.960%	30	Si
Total		Afiliados(34)														

2024/10/12 10:27 AM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900500192	6	SERTET	D - BENEFICIARIO LEY 1429 DE 2010	MONTERIA	cra 9a 35-34	MONTERIA-CORDOBA	7811207	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-09	977158388	9475374309	E	2024/09/20	2024/10/15	BANCOLOMBIA	25	$11,176,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				34	$5,440,500	$98,400	$0	$5,538,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	8	$1,664,000	$30,100	$0	$1,694,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	3	$436,800	$7,900	$0	$444,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	20	$2,988,600	$54,000	$0	$3,042,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	3	$351,100	$6,400	$0	$357,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				34	$2,367,600	$42,800	$0	$2,410,400
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	34	$2,367,600	$42,800	$0	$2,410,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				34	$1,348,300	$24,400	$0	$1,372,700
COMFACOR	CCF16	891,080,005	1	34	$1,348,300	$24,400	$0	$1,372,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 10)				34	$1,650,100	$30,200	$0	$1,680,300
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	$52,000	$1,000	$0	$53,000
EPS FAMILIAR DE COLOMBIA SAS	CCFC33	901,543,761	5	3	$59,000	$1,100	$0	$60,100
EPS MUTUAL SER	EPS048	806,008,394	7	3	$156,000	$2,900	$0	$158,900
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	3	$60,800	$1,100	$0	$61,900
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	5	$260,000	$4,700	$0	$264,700
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	6	$211,600	$3,900	$0	$215,500
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	2	$53,800	$1,000	$0	$54,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	9	$739,700	$13,400	$0	$753,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$52,000	$1,000	$0	$53,000
SAVIA SALUD	EPS040	900,604,350	0	1	$5,200	$100	$0	$5,300
ICBF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$102,300	$1,900	$0	$104,200
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	PAICBF	899,999,239	2	2	$102,300	$1,900	$0	$104,200
SENA (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$68,200	$1,300	$0	$69,500
SENA	PASENA	899,999,034	1	2	$68,200	$1,300	$0	$69,500
TOTAL				34	$10,977,000	$199,000	$0	$11,176,000

923

Anexo 24, Acta de conformación del COPASST

HOJA DE INSCRIPCIÓN DE LOS CANDIDATOS AL

COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO COPASST

Empresa: CONSORCIO CMO

Período: 2024-2026

NOMBRE	OFICIO	FECHA
JHON JAIRO BANQUET DONADO	OFICIAL	20-OCT-2024
HELIODORO PRADA REGINO	OFICIAL	20-OCT-2024
GERMAN PERALTA	AYUDANTE	25-OCT-2024
LUISA SIBAJA	AUXILIAR TEC	25-OCT-2024
ALVARO ANDRES MANJARRES OVIDIO	BODEGUERO	26-OCT-2024
GUSTABO RAMOS DÍAZ	AYUDANTE	26-OCT-2024

Responsable: Stephanny Garay

Fecha de cierre: 26-OCT-2024

ACTA DE APERTURA DE ELECCIONES DE LOS CANDIDATOS AL COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO COPASST

Empresa: CONSORCIO CMO

Período: 2024-2026

Siendo las 10:30 am del día 27 de octubre de 2024, se dio apertura al proceso de votación para la elección de los candidatos al COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO COPASST para el período que va de octubre de 2024 a octubre de 2026.

En calidad de jurados de votación se encargó a los señores:

PAMELA OSPINA JIMENEZ

VICTOR CRUZ PATERNINA

Stephanny Gray

Nombre y Firma del Coordinador de la mesa de votación

REGISTRO DE VOTANTES

COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO COPASST

Empresa: CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

No.	Apellidos/Nombres	CEDULA	Cargo	FIRMA DEL TRABAJADOR
1	JAIRO DE JESUS RAMOS RODRÍGUEZ	18857561	AYUDANTE	
2	JOHAN SEBASTIAN ZUÑIGA LOPEZ	1131104030	AYUDANTE	
3	EUCLIDES MANUEL MONTERROZA LOPEZ	92496761	MAESTRO	
4	EDER LUIS RINCO SUAREZ	1005708714	AYUDANTE	
5	ALVARO ANDRES MANJARRES OVIDIO	1116615548	BODEGUERO	
6	LUIS ALFONSO MENDOZA MARTÍNEZ	1005708736	AYUDANTE	
7	CARLOS EUGENIO BLANQUICET RIVERA	1104867738	AYUDANTE	
8	HOVER LUIS HERRERA TIRADO	78704837	PLOMERO	
9	JULIAN FRANCISCO BARRIOS CORTINA	92230393	PLOMERO	
10	GARZON LOPEZ JORGE ELIECER	15682314	PLOMERO	
11	CONEO MARQUEZ ELIECER	1131104488	PLOMERO	
12	KENYA PATRICIA DURANGO ESPITIA	1131107550	AYUDANTE	
13	PEDRO MIGUEL FERNANDEZ BENAVIDEZ	C73432693	OFICIAL	
14	JUAN DAVID RAMOS DIAZ	1131111481	AYUDANTE	
15	IVAN DARIO GARAY GLORIA	1193142465	AYUDANTE	
16	JOSE ANTONIO HERNANDEZ GONZALEZ	8741258	MAESTRO	

17	HELIODORO PRADA REGINO	78717284	OFICIAL	
18	OSCAR MIGUEL CAUSIL GALVAN	1073809586	AYUDANTE	
19	LUIS ENRIQUE LADEUTH SUAREZ	1131108805	AYUDANTE	
20	JHON JAIRO BANQUET DONADO	15621529	OFICIAL	BANQUET
21	PEDRO JAFET MARQUEZ PEREGRINO	1131107808	AYUDANTE	
22	KEVIN DAVID SIERRA ZUÑIGA	1131104278	AYUDANTE	Kevin Sierra
23	KENER GONZALEZ BANQUET	1007245339	AYUDANTE	Kener
24	JUAN CARLOS INSIGNARES GLORIA	1131110865	AYUDANTE	
25	JOHNNY LUIS DORIA MOLINA	15034491	AYUDANTE	JOHNNY
26	CARLOS MARIO SIERRA BELLO	1131106681	AYUDANTE	Carlos Sierra
27	KEVIN FUENTES JULIO	1072529244	AYUDANTE	
28	MANUEL DE JESUS JULIO MILLAN	1131108476	AYUDANTE	
29	DIYER JOSE AVILA FLOREZ	1003367668	AYUDANTE	
30	CARLOS ANDRES MESTRA GONZALEZ	1005708548	AYUDANTE	CARLOS
31	JAIME LUIS CARRASCAL AVILA	78076914	OFICIAL	
32	MANUEL FRANCISCO TOBAR CORREA	15029586	OFICIAL	
33	ROMULO EDUARDO PALMERA APARICIO	11000373	MAESTRO	Romulo Palmera
34	JESUS ALBERTO TARRAS CORDOBA	1131108265	AYUDANTE	
35	ALEXANDER VERGARA GALLEGO	1131108085	AYUDANTE	Alexander
36	CRISTIAN DAVID MALARIAGA LADEUTH	1072522613	AYUDANTE	
37	YEINER BRAVO CASTRO	1193543998	AYUDANTE	Yeiner Bravo C

38	JEAN CARLOS CARDENAS BOHORQUEZ	1007245363	AYUDANTE	Jean C.
39	LEONARDO FABIO RIVERA GARRIDO	15620960	AYUDANTE	Favio
40	PEDRO LUIS MURILLO DE HOYOS	9229029	AYUDANTE	Pedro Murillo
41	ABRAHAM RODRIGUEZ ESCUDERO	1193043889	AYUDANTE	Abraham
42	GUSTABO RAMOS DÍAZ	1131110304	AYUDANTE	GUSTAVO ADOLFO
43	YEINER LUIS HERNANDEZ ALVAREZ	1003561521	AYUDANTE	Yeiner H
44	GERMAN ALONSO PERALTA CARDENAS	1005708688	AYUDANTE	
45	ANI LUZ SUAREZ MORALES	1007245380	AYUDANTE	Ani Luz Suarez
46	GABRIEL MORENO LICONA	1072529607	AYUDANTE	
47	JULIO CESAR POSSO PEREZ	1072522158	AYUDANTE	Julio posso
48	HUGO ALBERTO GARAY GLORIA	1005708729	AYUDANTE	Hugo Garay
49	IVAN DANILO DORIA TIRADO	1064310879	AYUDANTE	
50	LUIS MIGUEL CONTRERAS RINCO	1131108111	AYUDANTE	
51	MANUEL ENRIQUE MIRANDA HERNANDEZ	1064309595	AYUDANTE	
52	JAIDER JOSÉ CHAMORRO ESTRADA	92640310	OFICIAL	Jaider Ch.
53	DIEGO ALEJANDRO BARRERA UPARELA	15725762	OFICIAL	Diego
54	EVER ANTONIO FUENTES ARCIA	92539319	MAESTRO	Ever Fuentes A.
55	DANIEL DAVID MONTERROZA GONZALEZ	1129504510	AYUDANTE	Daniel
56	WILLIAM JOSE DE AGUSTIN HERNANDEZ	1067400596	AYUDANTE	William
57	TOMAS SEGUNDO CUAVAS ESQUIVEL	92229788	CELADOR	
58	IVAN DARIO SALGADO CRUZ	1067855135	OPERADOR	Ivan Salgado

59	ALDRIN ROBERT VALENCIA	8769402	MAESTRO	
60	JARLIN ARIEL VALENCIA	72212811	MAESTRO	
61	JORGE ELIECER CANTILLO GUTIERREZ	1047043732	OFICIAL	
62	MANUEL DE JESUS DOMINGUEZ PACHECHO	8772760	OFICIAL	
63	RICARDO JOSE MANJARREZ PAREJO	1007564070	OFICIAL	
64	ANDRÉS FELIPE ESPAÑA PINZÓN	1010092215	AYUDANTE	
65	SUAREZ ALVIS YOFRAN ANDRES	1131104539	AYUDANTE	
66	FAIDER ELIAS VARGAS LADEUS	1003655340	OFICIAL	
67	CARLOS ENRIQUE SARMIENTO TORRES	78700868	MAESTRO	
68	MARCO EMILIO ATENCIO AVILA	1193556241	AYUDANTE	
69	OSWALDO URANGO HERNANDEZ	1131108401	AYUDANTE	
70	DUBAN ARIAS MADRID	1131104002	AYUDANTE	
71	EDUARDO DE JESUS ARRIETA PATERNINA	1131105563	AYUDANTE	
72	ELIER JOSE NUÑEZ VILLALBA	1068737364	AYUDANTE	
73	EUCEBIO ANTONIO VILORIA SUAREZ	1007245394	AYUDANTE	
74	EZEQUIEL MATEO PICOTT CORREA	1193317178	AYUDANTE	
75	IVAN LOPEZ TORRES	1003656434	AYUDANTE	
76	JORGE LUIS MORELO MARTINEZ	1072523581	AYUDANTE	
77	JULIO CESAR PINZON HERNANDEZ	1131111625	AYUDANTE	
78	CAMILO ANDRES SIERRA ZUÑIGA	1005708765	AYUDANTE	
79	LUIS EDUARDO SEPULVEDA AGUAS	1131109665	AYUDANTE	

80	DANIEL DARIO DIAZ PEREZ	1192749961	AYUDANTE	
81	ARISTIDES CONEO MARQUEZ	15620652	AYUDANTE	

FECHA: 27 /OCTUBRE/2024 RESPONSABLE: Stephanny Garay

ACTA DE CIERRE DE LAS VOTACIONES PARA ELECCIÓN DE LOS CANDIDATOS AL COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO COPASST

Empresa: CONSORCIO CMO

Período: 2024-2026

Siendo las 11:30 am del día 28 /octubre/2024 de 2024, se dio por finalizado el proceso de votación para elección de los candidatos al COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO COPASST para el período que va de octubre de 2024 a octubre de 2026.

Como jurados de mesa estuvieron los señores (as):

PAMELA OSPINA JIMENEZ

VICTOR CRUZ PATERNINA

RESULTADOS OBTENIDOS DEL CONTEO DE VOTOS:

PERSONA (Nombre y Apellido)	NUMERO DE VOTOS
PERSONA 1 GERARDO PERALTA	36
PERSONA 2 LUISA SIBAJA	23
PERSONA 3 ALVARO ANDRES MANJARRES OVIDIO	11
PERSONA 4 GUSTABO RAMOS DÍAZ	5
PERSONA 5 HELIODORO PRADA	3
PERSONA 6 JHON BANQUET DONADO	3
VOTOS EN BLANCO:	0
VOTOS ANULADOS:	0
TOTAL VOTOS:	81

Resultaron elegidos en ésta votación las siguientes personas:

NOMBRE	OFICIO	CATEGORÍA	
		PRINCIPAL	SUPLENTE
GERMAN PERALTA	AYUDANTE	X	
LUISA SIBAJA	AUXILIAR TECNICO	X	
ALVARO MANJARRES OVIDIO	BODEGUERO		X
GUSTABO RAMOS DÍAZ	AYUDADNTE		X

Stephanny Garay.

Nombre y Firma del Coordinador de la mesa de votación

ACTA DE CONFORMACIÓN DEL COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Empresa: CONSORCIO CMO

Período: 2024-2026

El día 28/OCTUBRE/2024 se eligió el Comité Paritario de Seguridad y salud en el trabajo o el vigía dando así cumplimiento a las exigencias de la Resolución 2013 de 1986, al Decreto 1295 de 1994 y a la División de Seguridad y salud del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

La modalidad utilizada para su elección fue votación

Resultaron elegidos

NOMBRE	OFICIO	CATEGORÍA	
		PRINCIPAL	SUPLENTE
GERARDO PERALTA	AYUDANTE	X	
LUISA SIBAJA	AUXILIAR TECNICO	X	
ALVARO MANJARRES OVIDIO	BODEGUERO		X
GUSTABO RAMOS DÍAZ	AYUDADNTE		X

El número de votos obtenidos fue : 36 y 23 respectivamente

El representante legal de la empresa designa a KAROLAY CARABALLO REYES, TANIA DAYANA YENERIS PADILLA Y COMO SUPLENTES PAMELA OSPINA JIMENEZ, VICTOR CRUZ PATERNINA.

Como presidente del comité y por votación del comité se nombra a PAMELA OSPINA JIMENEZ

Como secretario (a) del mismo. STEPHANNY GARAY SALGADO

Anexo 25, Acta de conformación del CCL

HOJA DE INSCRIPCIÓN DE LOS CANDIDATOS AL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

Empresa: CONSORCIO CMO

Período: 2024-2026

NOMBRE	OFICIO	FECHA
JHON JAIRO BANQUET DONADO	OFICIAL	20-OCT-2024
HELIODORO PRADA REGINO	OFICIAL	20-OCT-2024
GERMAN PERALTA	AYUDANTE	25-OCT-2024
LUISA SIBAJA	AUXILIAR ING CIVIL	25-OCT-2024
ALVARO ANDRES MANJARRES OVIDIO	BODEGUERO	26-OCT-2024
GUSTABO RAMOS DÍAZ	AYUDANTE	26-OCT-2024

Responsable: Stephanny Garay

Fecha de cierre: 26-OCT-2024

ACTA DE APERTURA DE ELECCIONES DE LOS CANDIDATOS AL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

Empresa: CONSORCIO CMO

Período: 2024-2026

Siendo las 10:30 am del día 27 de octubre de 2024, se dio apertura al proceso de votación para la elección de los candidatos al COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL para el período que va de octubre de 2024 a octubre de 2026.

En calidad de jurados de votación se encargó a los señores:

PAMELA OSPINA JIMENEZ

VICTOR CRUZ PATERNINA

Stephanny Garay

Nombre y Firma del Coordinador de la mesa de votación

REGISTRO DE VOTANTES

COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

Empresa: CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE

No.	Apellidos/Nombres	CEDULA	Cargo	FIRMA DEL TRABAJADOR
1	JAIRO DE JESUS RAMOS RODRÍGUEZ	18857561	AYUDANTE	
2	JOHAN SEBASTIAN ZUÑIGA LOPEZ	1131104030	AYUDANTE	
3	EUCLIDES MANUEL MONTERROZA LOPEZ	92496761	MAESTRO	
4	EDER LUIS RINCO SUAREZ	1005708714	AYUDANTE	
5	ALVARO ANDRES MANJARRES OVIDIO	1116615548	BODEGUERO	
6	LUIS ALFONSO MENDOZA MARTÍNEZ	1005708736	AYUDANTE	
7	CARLOS EUGENIO BLANQUICET RIVERA	1104867738	AYUDANTE	
8	HOVER LUIS HERRERA TIRADO	78704837	PLOMERO	
9	JULIAN FRANCISCO BARRIOS CORTINA	92230393	PLOMERO	
10	GARZON LOPEZ JORGE ELIECER	15682314	PLOMERO	
11	CONEO MARQUEZ ELIECER	1131104488	PLOMERO	
12	KENYA PATRICIA DURANGO ESPITIA	1131107550	AYUDANTE	
13	PEDRO MIGUEL FERNANDEZ BENAVIDEZ	C73432693	OFICIAL	
14	JUAN DAVID RAMOS DIAZ	1131111481	AYUDANTE	

15	IVAN DARIO GARAY GLORIA	1193142465	AYUDANTE	
16	JOSE ANTONIO HERNANDEZ GONZALEZ	8741258	MAESTRO	
17	HELIODORO PRADA REGINO	78717284	OFICIAL	
18	OSCAR MIGUEL CAUSIL GALVAN	1073809586	AYUDANTE	
19	LUIS ENRIQUE LADEUTH SUAREZ	1131108805	AYUDANTE	
20	JHON JAIRO BANQUET DONADO	15621529	OFICIAL	BANQUE
21	PEDRO JAFET MARQUEZ PEREGRINO	1131107808	AYUDANTE	
22	KEVIN DAVID SIERRA ZUÑIGA	1131104278	AYUDANTE	Kevin Sierra
23	KENER GONZALEZ BANQUET	1007245339	AYUDANTE	Kener Gonzale
24	JUAN CARLOS INSIGNARES GLORIA	1131110865	AYUDANTE	
25	JOHNNY LUIS DORIA MOLINA	15034491	AYUDANTE	Johnny
26	CARLOS MARIO SIERRA BELLO	1131106681	AYUDANTE	Carlos Sierra
27	KEVIN FUENTES JULIO	1072529244	AYUDANTE	
28	MANUEL DE JESUS JULIO MILLAN	1131108476	AYUDANTE	
29	DIYER JOSE AVILA FLOREZ	1003367668	AYUDANTE	
30	CARLOS ANDRES MESTRA GONZALEZ	1005708548	AYUDANTE	CARLOS
31	JAIME LUIS CARRASCAL AVILA	78076914	OFICIAL	
32	MANUEL FRANCISCO TOBAR CORREA	15029586	OFICIAL	
33	ROMULO EDUARDO PALMERA APARICIO	11000373	MAESTRO	Romulo Palmera
34	JESUS ALBERTO TARRAS CORDOBA	1131108265	AYUDANTE	
35	ALEXANDER VERGARA GALLEGO	1131108085	AYUDANTE	Alexander

36	CRISTIAN DAVID MALARIAGA LADEUTH	1072522613	AYUDANTE	
37	YEINER BRAVO CASTRO	1193543998	AYUDANTE	
38	JEAN CARLOS CARDENAS BOHORQUEZ	1007245363	AYUDANTE	
39	LEONARDO FABIO RIVERA GARRIDO	15620960	AYUDANTE	
40	PEDRO LUIS MURILLO DE HOYOS	9229029	AYUDANTE	
41	ABRAHAM RODRIGUEZ ESCUDERO	1193043889	AYUDANTE	
42	GUSTABO RAMOS DÍAZ	1131110304	AYUDANTE	
43	YEINER LUIS HERNANDEZ ALVAREZ	1003561521	AYUDANTE	
44	GERMAN ALONSO PERALTA CARDENAS	1005708688	AYUDANTE	
45	ANI LUZ SUAREZ MORALES	1007245380	AYUDANTE	
46	GABRIEL MORENO LICONA	1072529607	AYUDANTE	
47	JULIO CESAR POSSO PEREZ	1072522158	AYUDANTE	
48	HUGO ALBERTO GARAY GLORIA	1005708729	AYUDANTE	
49	IVAN DANILO DORIA TIRADO	1064310879	AYUDANTE	
50	LUIS MIGUEL CONTRERAS RINCO	1131108111	AYUDANTE	
51	MANUEL ENRIQUE MIRANDA HERNANDEZ	1064309595	AYUDANTE	
52	JAIDER JOSÉ CHAMORRO ESTRADA	92640310	OFICIAL	
53	DIEGO ALEJANDRO BARRERA UPARELA	15725762	OFICIAL	
54	EVER ANTONIO FUENTES ARCIA	92539319	MAESTRO	
55	DANIEL DAVID MONTERROZA GONZALEZ	1129504510	AYUDANTE	
56	WILLIAM JOSE DE AGUSTIN HERNANDEZ	1067400596	AYUDANTE	

57	TOMAS SEGUNDO CUAVAS ESQUIVEL	92229788	CELADOR	
58	IVAN DARIO SALGADO CRUZ	1067855135	OPERADOR	Ivan Salgado
59	ALDRIN ROBERT VALENCIA	8769402	MAESTRO	Aldrin Valencia
60	JARLIN ARIEL VALENCIA	72212811	MAESTRO	Jarlin Valencia
61	JORGE ELIECER CANTILLO GUTIERREZ	1047043732	OFICIAL	
62	MANUEL DE JESUS DOMINGUEZ PACHECHO	8772760	OFICIAL	
63	RICARDO JOSE MANJARREZ PAREJO	1007564070	OFICIAL	
64	ANDRÉS FELIPE ESPAÑA PINZÓN	1010092215	AYUDANTE	Andres F. España
65	SUAREZ ALVIS YOFRAN ANDRES	1131104539	AYUDANTE	
66	FAIDER ELIAS VARGAS LADEUS	1003655340	OFICIAL	Faider Vargas
67	CARLOS ENRIQUE SARMIENTO TORRES	78700868	MAESTRO	
68	MARCO EMILIO ATENCIO AVILA	1193556241	AYUDANTE	Marco
69	OSWALDO URANGO HERNANDEZ	1131108401	AYUDANTE	Oswaldo
70	DUBAN ARIAS MADRID	1131104002	AYUDANTE	Duban Arias
71	EDUARDO DE JESUS ARRIETA PATERNINA	1131105563	AYUDANTE	
72	ELIER JOSE NUÑEZ VILLALBA	1068737364	AYUDANTE	
73	EUCEBIO ANTONIO VILORIA SUAREZ	1007245394	AYUDANTE	Eusebio
74	EZEQUIEL MATEO PICOTT CORREA	1193317178	AYUDANTE	
75	IVAN LOPEZ TORRES	1003656434	AYUDANTE	
76	JORGE LUIS MORELO MARTINEZ	1072523581	AYUDANTE	
77	JULIO CESAR PINZON HERNANDEZ	1131111625	AYUDANTE	

78	CAMILO ANDRES SIERRA ZUÑIGA	1005708765	AYUDANTE	
79	LUIS EDUARDO SEPULVEDA AGUAS	1131109665	AYUDANTE	
80	DANIEL DARIO DIAZ PEREZ	1192749961	AYUDANTE	
81	ARISTIDES CONEO MARQUEZ	15620652	AYUDANTE	

FECHA: 27 /OCTUBRE/2024 RESPONSABLE: Stephanny Gray

RESULTADOS OBTENIDOS DEL CONTEO DE VOTOS:

PERSONA (Nombre y Apellido)	NUMERO DE VOTOS
PERSONA 1 GERARDO PERALTA	36
PERSONA 2 LUISA SIBAJA	23
PERSONA 3 ALVARO ANDRES MANJARRES OVIDIO	11
PERSONA 4 GUSTABO RAMOS DÍAZ	5
PERSONA 5 HELIODORO PRADA	3
PERSONA 6 JHON BANQUET DONADO	3
VOTOS EN BLANCO:	0
VOTOS ANULADOS:	0
TOTAL VOTOS:	81

Resultaron elegidos en ésta votación las siguientes personas:

NOMBRE	OFICIO	CATEGORÍA	
		PRINCIPAL	SUPLENTE
GERMAN PERALTA	AYUDANTE	X	
LUISA SIBAJA	AUXILIAR ING CIVIL	X	
ALVARO MANJARRES OVIDIO	BODEGUERO		X
GUSTABO RAMOS DÍAZ	AYUDADNTE		X

Stephanny Garay

Nombre y Firma del Coordinador de la mesa de votación

ACTA DE CONFORMACIÓN DEL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

Empresa: CONSORCIO CMO

Período: 2024-2026

El día 28/OCTUBRE/2024 se eligió el comité de convivencia laboral dando así cumplimiento a las exigencias de la Resolución 652 de 2012 y a la Resolución 1356 de 2012. Con el fin de establecer las medidas correctivas del acoso laboral, contenidas en el artículo 14 de la resolución 2646 de 2008.

La modalidad utilizada para su elección fue votación

Resultaron elegidos

NOMBRE	OFICIO	CATEGORÍA	
		PRINCIPAL	SUPLENTE
GERMAN PERALTA	AYUDANTE	X	
LUISA SIBAJA	AUXILIAR ING CIVIL	X	
ALVARO MANJARRES OVIDIO	BODEGUERO		X
GUSTABO RAMOS DÍAZ	AYUDADNTE		X

El número de votos obtenidos fue : 36 y 23 respectivamente

El representante legal de la empresa designa a KAROLAY CARABALLO REYES, TANIA DAYANA YENERIS PADILLA Y COMO SUPLENTES PAMELA OSPINA JIMENEZ, VICTOR CRUZ PATERNINA.

Como presidente del comité y por votación del comité se nombra a PAMELA OSPINA JIMENEZ

Como secretario (a) del mismo. STEPHANNY GARAY SALGADO

ACTA DE CIERRE DE LAS VOTACIONES PARA ELECCIÓN DE LOS CANDIDATOS AL COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

Empresa: CONSORCIO CMO

Período: 2024-2026

Siendo las 11:30 am del día 28 /octubre/2024 de 2024, se dio por finalizado el proceso de votación para elección de los candidatos al comité de convivencia laboral para el período que va de octubre de 2024 a octubre de 2026.

Como jurados de mesa estuvieron los señores (as):

PAMELA OSPINA JIMENEZ

VICTOR CRUZ PATERNINA

Anexo 26, 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: OBRA Hospital.

5 "S"	ESTÁNDAR DE ORDEN Y ASEO	Fecha de ejecución: 12/10/2024. 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 asco 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 Sotelo

Firma del coordinador SST:

CONSORCIO CMO HOSPITAL SUCRE	INSPECCION DE ORDEN Y ASEO CAMPO	Cod: SST-F08
		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: 05/10/2024	Insp. 1		
	ESTÁNDAR DE ORDEN Y ASEO	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 cuoanto 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 consturnbre 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 Gaday

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:

5 "S"	ESTÁNDAR DE ORDEN Y ASEO	Fecha de ejecución: 19/10/2024 — 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 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.		✓	
Seiketsu 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 Garay.

Firma del coordinador SST: Luis Salgado.

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	26/10/2024.		
	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 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.			✓
Seiketsu 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 consturnbre 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 Goray.

Firma del coordinador SST: Luis Salgado.

Anexo 27. 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**	19 meses
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	**OCTUBRE**				

EVIDENCIA FOTOGRAFICAS DE CADA COMPONENTE A EVALUAR

REGISTRO No.	1	REGISTRO No.	2
			
BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO		**BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO**	
VALLA PRINCIPAL		**PLANOS EVACUACION Y MEDEVAC**	
REGISTRO No.	**3**	**REGISTRO No.**	**4**
			
BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO		**BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO**	
PUNTO ECOGOLOGICO		**ENTRENAMIENTO CURSO DE ALTURA**	
REGISTRO No.	**5**	**REGISTRO No.**	**6**
			
BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO		**BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO**	
ENTREGA DE EQUIPOS PARA PROTECCION CONTRA CAIDAS		**INSPECCIÓN EXTINTOR**	
REGISTRO No.	**7**	**REGISTRO No.**	**8**
			
BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO		**BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO**	
INSPECCIÓN EXTINTOR		**PREOPERACIONALES**	

REGISTRO No.	9	REGISTRO No.	10





BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO		BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO	
PERMISOS DE TRABAJO EN CALIENTE		SEÑALIZACIÓN	
REGISTRO No.	11	REGISTRO No.	12





BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO		BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO	
PREOPERACIONES		SEÑALIZACIÓN DE PROXIMIDAD	
REGISTRO No.	13	REGISTRO No.	14





BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO		BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO	
EQUIPAMIENTO PRIMEROS AUXILIOS		REUNION ENTERRITORIO Y SECRETARIA DE SALUD	
REGISTRO No.	15	REGISTRO No.	16





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.	17	REGISTRO No.	18





BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO		BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO	
EQUIPAMIENTO DE EMERGENCIA		VISITA DEL SENA	
REGISTRO No.	19	REGISTRO No.	20







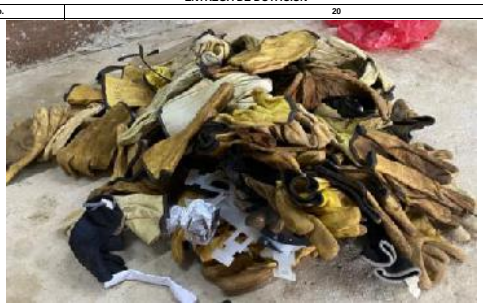
BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO	
INDUCCION DE INGRESO	
REGISTRO No.	19



BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO	
ENTREGA DE DOTACION	
REGISTRO No.	20



BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO	
REUNION CON VEEDURÍA, GOBERNACION, ACCION COMUNAL Y ALCALDIA	
REGISTRO No.	21



BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO	
CAMBIO DE GUANTES	
REGISTRO No.	22



BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO	
PERMISOS DE TRABAJO	
REGISTRO No.	23



BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO	
INSPECCION BOTIQUIN	
REGISTRO No.	24



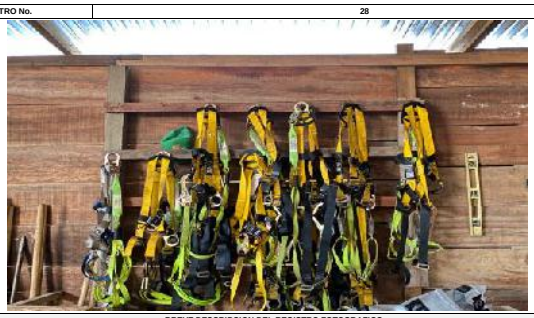
BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO	
INSPECCION KIT DE DERRAMES	
REGISTRO No.	25



BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO	
BODEGA DOTACION	
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	
SEGUIMIENTO Y CONTROL A ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO		EQUIPOS PARA PROTECCION CONTRA CAIDAS	
REGISTRO No.	29	REGISTRO No.	30
			
BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO		BREVE DESCRIPCION DEL REGISTRO FOTOGRAFICO	
BODEGA		CAMPAMENTO	

ANEXO 8.4

BITACORA

Componente SST: Preoperacionales de Máquinas y equipos. Seguimiento a las actividades de alto riesgo. Charla y Capacitación al Personal.

Jhon P. Obregon
Contratista

Octubre 1/24
Día Soleado.
Personal en Obra: Director de Obras, Residente de Interventoría, Residente Ambiental, Residente Social, Ingeniero Civil, 4 Maestros de Obra, 3 Operadores de maquinaria, Topografo, Cuadrero, Cuadrilla hidro-Sanitaria, Obrero.
Maquinaria y Equipo: 2 Minicargadores, 1 Retro excavadora.
Actividades Ejecutadas: Se presentaron en Obra, El representante Legal y Director de Interventoría, conforme a la reunion convocada el dia anterior, para definir Solucion al hundimiento presentado en la placa fundida en bloque 3. Luego de Revisar a fondo la situacion presentada, se recomienda por parte de la Interventoria demoler el area afectada, en una medida de 98 M² aprox. Adicional a lo anterior, se recomienda desmotar la plataforma que sostiene las formaletas de aligeramiento de las placas del bloque 1 y 3. Se recomienda mejorar el terreno donde se va a armar la plataforma. En el bloque 1: se continua con la figuracion y Colocacion de acero y formaleta para vigas y viguetas en el piso 1,. En el bloque 2: se continua con el mejoramiento del terreno en la parte posterior, se continua con la figuracion, Colocacion de acero y formaleta para vigas y viguetas en el piso 1. Bloque 3.: Se Inicio con el armado de Acero para Columnas en los ejes 1, 2, 3 y 4. Se Continua con las Instalaciones hidro-Sanitarias

Componente SST: Se realiza preoperacional de Maquinas y equipos. acompañamiento y Seguimiento a las actividades de alto riesgo charla de 5 min a los trabajadores, verificación de las afiliaciones del personal vinculado al proyecto, verificacion de Suministro, reposición y uso de dotación.

Jhon P. Obregon
Contratista

Powered by CamScanner

Oct. 2/24

Dia Soleado.

Personal en Obra: Director de Obras, Residente de Obras, Residente de Interventoria, Auxiliar Siso, Topografa, Cadenero, 3 Operadores de maquinaria, 4 Maestros de Obra, Ingeniero Civil, Cuadrilla Sanitaria.

Maquinaria y Equipo: 2 Minicargadores, 1 Retroexcavadora

Actividades: Bloque 1, Se Continua con el mejoramiento del terreno para entiramddo de formaleta para losa en Piso 2, Se continuo con el armado de acero para vigas losa Inferior. Bloque 2: figuracion y Colocacion de acero para vigas losa Superior e Inferior, Formaleteado, y se inicio con el mejoramiento de terreno para entarimado para formaleta de losa. Bloque 3: Se Inicio el desentarimado y desformaleteado de losa en la parte posterior, se inicio con el formaleteado de Columnas A1, B1 y C1. la Cuadrilla hidro-Sanitaria Continuo con las actividades de excavaciones y colocacion de tuberia. Se realizaron las componentes ambientales y Sociales respectivamente. y Se Continuo con la demolicion de placa en bloque 3. Componente SST, Se realiza preoperacional de máquinas y equipos acompañamiento y Seguimiento a las actividades de alto riesgo charla de 5 min, verificacion de Suministro, reposicion y uso de dotacion.

Oct. 3/24

Dia Soleado

Personal en Obra: Director de Obras, Residente de Interventoria, Auxiliar Siso, Residente ambiental, Ingeniero Civil, 4 Maestros de Obra, 3 Operadores de maquinaria, Topografo, Cadenero, Cuadrilla Sanitaria, Equipos y Maquinaria: 2 Minicargadores, 1 Retroexcavadora

Actividades: Bloque 1: Mejoramiento terreno para entarimado de losa, figuracion y Colocacion Acero viga Cimiento ejes E, H, F, lleno de vigas de losa en piso 1, lleno de muro de Contencion. Bloque 2: Figuracion y Colocacion de acero y formaletas para vigas de losa piso 1 y Piso 2. Formaleta para muro de Contencion. Bloque 3: Se Continuo con la demolición de la placa, Formaleteo de Columnas A1, B1, C1, A2 y B2. Armado de entarimado para losa parte posterior. Se Continuo con las actividades de excavacion y Colocacion de tuberia Sanitaria y

Powered by CamScanner

Construcción de Registros. Se realizaron actividades de mejoramiento del acceso al lote para garantizar acceso a vehículos pesados. Se llevaron a cabo las actividades correspondientes a la componentes Sociales y ambiental

Componente SST: Se realiza preoperacionales de Maquinas y equipos acompañamiento y Seguimiento a las actividades de alto riesgo. Verificación de afiliaciones del personal vinculado al Proyecto verificación de uso adecuado de dotación.

Oct. 4/24 Contratista

Dia Soleado con lluvias aisladas en la mañana.

Personal en Obra: Residente de Obras, Residente de Interventoria, Auxiliar Siso, 4 Maestro de Obra, 3 Operadores de maquinaria amarilla, Topografo, Cadenero, Ingeniero Civil.

Maquinaria y Equipo: 2 Miniargadores, 1 Retroexcavadora

Actividades: Bloque 1: Lleno de Vigas y Viguetas para losa en piso 1, Lleno de Muro de Contención, Construcción Solado para Vigas de losa en piso 1. Bloque 2: Armado y Colocación de Acero y Formaleta para Vigas y viguetas de losa en piso 1 y piso 2, Formaleta para muro de Contención y Construcción de Solado para vigas y viguetas de losa en piso 2. Bloque 3: Continuaron las actividades de demolición de placa, Formaleta de Columnas A2, B2 y E2. Armado y Colocación de acero y Formaleta para Vigas y viguetas de losa en parte posterior. La Cuadrilla hidro-Sanitaria continuo con la Colocación de tubos y Construcción de registros. Se continuo con las actividades de mejoramiento de terreno para acceso de vehículos pesados y Retiro de material de excavación contaminado. Se ejecutaron las actividades del Componente ambiental.

Componente SST Se realiza Preoperacionales de máquinas y equipos, acompañamiento y Seguimiento a las actividades de alto riesgo, verificación de uso adecuado de elementos de protección personal y dotación.

Contratista

Powered by CamScanner

Oct. 5/24
Dia Soleado.
Personal en Obra: Residente de Obras, Residente de Interventoria, Auxiliar Siso, 4 Maestros de Obra, 3 operadores de maquinaria Cuadrilla Hidro-Sanitaria.
Equipos y Maquinaria: 2 Minicargadores, 1 Retro Excavadora.
Actividades: Bloque 1: Mejoramiento terreno para entarimado para Formaleta para losa en piso 2. Bloque 2: Armado y Colocacion de acero y Formaleta para Vigas y Viguetas para losa en piso 1. y piso 2, lleno de muro de contencion. Bloque 3: Se continuo con la demolicion de placa, Formaletas de Columnas B2, B2 y C2 y armado de entarimado para Vigas de losa en la parte posterior. Se Continuo con las Instalacion hidro-Sanitarias y construccion de registros. Se realizaron las actividades de los componentes Sociales y ambiental.
Componente SST Se realiza preoperacionales de Maquinas y equipos; acompañamiento y Seguimiento a las actividades de alto riesgo, verificacion de uso adecuado de EPP y dotacion Seguimiento de hallazgos detectados en los distintos frentes de obra y Controles de correccion.
Oct. 6/24
Dia Soleado con lluvias a partir de las 9:30 am
Se realizaron solo las actividades de demolicion de placa en bloque 3, para adelantar estos trabajos.

Contratista

Oct. 7/24
Dia Soleado, lluvias aisladas en la mañana y en la tarde
Personal en Obra: Residente de Obras, Residente de Interventoria, Auxiliar Siso, 2 Maestros de Obra, 3 operadores de maquinaria, Ingeniero Civil. Cuadrilla Sanitaria.
Maquinaria y Equipos: 2 Minicargadores, 1 Retroexcavadora.
Actividades: Bloque 1: Se Continuo con el mejoramiento del terreno para el entarimado para la formaleta para losa en el piso 2. Se continuaron las actividades de lleno de muro

Powered by CamScanner

de Contencion, con material de Excavacion no Contaminado y se Inicio con el lleno de Vigas y Viguetas para losa en piso 2.
Bloque 2: Se continuo con el armado y Colocacion de acero y Formaleta para Vigas y Viguetas de losa en piso 2, y Piso 1,
Bloque 3: Se continuo con la demolicion de la placa, Formaleteado de Columnas B2 y C2, y se Inicio con el desencofrado de la Formaleta de la losa. La Cuadrilla Sanitaria Continuo con las actividades de Colocacion de tuberia y construcion de registros.

Contratista

Oct. 7/24
Dia Soleado
Personal en Obra: Residente de Obras, Residente de Interventoria, Auxiliar Siso, 4 Maestros de Obra, Cuadrilla Sanitaria, Topografo, Cadenero, 3 Operadores de Maquinaria.
Maquinaria y Equipo: 2 Mini cargadores, 1 Retroexcavadora
Actividades: Bloque 1: Se continuo con la adecuacion y mejoramiento del terreno para armar plataforma para la formaleteria de la placa, iniciaron el armado y Colocacion de acero para Vigas y viguetas de placa de piso, en la segunda seccion del piso 1. Bloque 2: Se continuo con el armado y Colocacion de acero y formaleta para Vegas y viguetas de placa de piso, en el 2º nivel, se inicio con el mejoramiento y adecuacion de terreno para armar plataforma para la formaleteria para losa del piso 2, se continuo con el armado y Colocacion de acero para Vigas y viguetas de losa en piso 1. Formaleteado de Columnas F8, F9, F10. Bloque 3: Se continua con la demolicion de la placa y desmonte de formaleta de la misma y se continua con el Armado de entarimado y Formaleta para Vegas y viguetas de losa en la parte posterior. Se continuaron las actividades de Instalaciones Sanitarias.
De igual forma se ejecutaron los componentes Sociales, Ambientales y HSE.
Componente SST Se realiza preoperacionales de maquinas y equipos acompañamiento y Seguimiento a las actividades de alto riesgo verificacion de uso adecuado de EPP y dotacion, charla de 5 min.

Contratista

Powered by CamScanner

Oct. 8/24
Dia Nublado.
Personal en Obra: Director de Obras, Residente de Obras, Residente de Interventoria, Auxiliar Siso, Residente Social, Residente Ambiental, Topografo, Cadenero, 4 Maestros de Obra, 3 operadores de maquinaria, Ingeniero Civil, Cuadrilla Sanitaria.
Maquinaria y Equipo: 2 Minicargadores. 1 Retro excavadora
Actividades: Se iniciaron las actividades en los tres bloques, pero se suspendieron debido a fuertes lluvias presentadas desde las 9:00 am, hasta las 3:00 pm aproximadamente. Bloque 1: Evacuacion de aguas lluvias para continuar con el mejoramiento y adecuacion de terreno para entarimado de formaleta para losa en piso 2. Bloque 2: Evacuacion de aguas lluvias para continuar con el mejoramiento y adecuacion de terreno para entarimado para formaleta de losa en piso 1, armado y Colocacion de acero y formaleta para Vigas y Viguetas de losa de piso en el 2° nivel. Bloque 3: Demolicion placa y desmonte de formaleta de la misma Se continuo con las Instalaciones Sanitarias. Se desarrollaron los Componentes Sociales, ambientales, y HSC.

Contratista

Oct. 9/24
Dia Soleado
Personal en Obra: Director de Obras, Residente de Obras, Residente de Interventoria, Auxiliar Siso, Residente Siso, Residente Ambiental, Residente Social, 4 Maestros de Obra, 3 operadores de maquinaria Topografo, Cadenero, cuadrilla Sanitaria, Ingeniero Civil
Maquinaria y Equipo: 2 Minicargadores 1 Retro Excavadora,
Actividades: Se realizo reunion de Socializacion de inconformidades presentadas por parte de la Veeduria, las cuales fueron estudiadas y se presentaron solucones y compromisos, por parte del Contratista, Interventoria, Alcaldia de Loveñas, Gobernacion de Sucre y veeduria Ciudadana. Bloque 1: Se Continuo con el armado y colocacion de acero y formaleta para vigas y Viguetas de losa en piso 1, armado y Colocacion acero de zapatas G8 y H8. Se inicio

Powered by CamScanner

el lleno con Material Seleccionado en el area donde se mejoró el terreno para armar plataforma para formaleta de vigas y Viguetas de losa, en piso 2. Bloque 2: Se continuo con el mejoramiento y adecuacion del terreno para armar el entramado para formaletas de viga y Viguetas en piso 2. Se inicio el lleno con material de excavacion no contaminado, de las vigas y viguetas de losa fundidas en piso 1. Bloque 3: Se continua con la demolición de placa y desmonte de formaleta y tarima de la misma, y se continua con el armado de acero, entramado de vigas y viguetas de losa en la parte posterior. Se continuan actividades de Instalaciones Sanitarias. Se realizaron las actividades concernientes a los componentes sociales, ambiental y HSC. Se programan 84.0 M3 de concreto para el dia de mañana para fundir: Viga Cimiento, Vigas y Viguetas de losa y muro de contencion en bloque 1, Vigas y Viguetas de losa, Columnas y muro de contencion en bloque 2 y Columnas en bloque 1, Componente SST; Se realiza Induccion de ingreso a personal nuevo. Preoperacional de Maquinaria y Equipos, acompañamiento y Seguimiento a las actividades de alto riesgo, charla de 5 min a los trabajadores. Verificacion de las afiliaciones del personal vinculado, verificacion de Suministros, reposicion y uso de Elementos de proteccion personal y Polacion. Se realiza charla por bloque con personal de vecindad y social por bloque de obra.

Contratista

Oct. 10/24

Dia Nublado - lluvias desde las 5:10 am - 6:45 am

Personal en Obra: Director de Obra, Residente de Obra, Residente de Interventoria, Residente Social, Auxiliar Siso, Residente Ambiental, 4 Maestros de Obra, 3 Operadores de Maquinaria, Ingeniero Civil, Maquinaria y Equipo: 2 Minicargadores, 1 Retro excavadora

Actividades: Debido a las lluvias presentadas a primera hora del dia, se Cancelo la programacion total del Concreto proyectada para el dia de hoy, pasando de 84.0 M3 programados a 30.0 M3 fundidos. la modificion se hizo debido a q la autobomba no podia ingresar a la parte posterior de la obra, donde se tenian

Powered by CamScanner

proyectado fundir Vigas, y viguetas de placas, muro de contención en bloque 1 y bloque 2. Bloque 1: Mejoramiento de terreno con material seleccionado, para armar entarimado para formaleta de placa en piso 2, fundición de vigas-cimiento y Carcamo. Bloque 2: fundición de Vigas y Viguetas para losa de piso en (bloque) piso 2. Bloque 3: fundición de Columnas A1, B1, C1, A2, B2 y C2. Se continuo con la demolición de placa y desmonte de formaleta y plataforma de la misma, y se continuo con el armado y Colocación de acero y formaleta para Vigas y viguetas de placa en la parte posterior. Se hace la reprogramación del Concreto faltante de la programación inicial para el día de mañana Viernes 11 de Octubre en horas de la tarde. Se realizaron los componentes Social, Ambiental y HSC.

Componente ambiental.: se hace seguimiento y monitoreo al plan de manejo ambiental, se llevan acabo las actividades propuestas en los ítems de manejo ambiental, se realiza Inspección a los sanitarios dispuestos en el frente de obras, y se hace seguimiento a los residuos solidos generados por bloque.

Contratista

Octubre 11/24

Personal en Obra: Director de Obras, Residente de Interventoría, Auxiliar Siso, Ingeniera Civil, 4 Maestros de Obra, 3 Operadores de maquinaria, Cuadrilla Sanitaria, Residente ambiental.

Maquinaria y Equipo: 2 Minicargadores 1 Retroexcavadora

Actividades: Bloque 1: Armado de plataforma para armado y Colocación de acero y formaleta para placa de piso en 2º nivel, llenó de Vigas y viguetas de losa en piso 1. Bloque 2: Desencofrado de vigas y viguetas fundidas en piso 2, armado y Colocación de acero para Viga-Cimiento en el eje F. Bloque 3: Demolición de placa, armado de plataforma para armado y Colocación de acero y formaleta para placa en parte posterior, del eje 8 al eje 10. Se continuaron las actividades de Instalaciones Sanitarias en bloque 1 y bloque 2, en el piso 1. Se ejecutaron las actividades correspondientes a los Componentes Social, Ambiental y HSE

Powered by CamScanner

Omar P. Ochoa
Contratista

Oct. 12/24
Dia Sabado
Personal en Obra: Director de Interventoria, Residente de Interventoria, auxiliar Siso, Ingeniero Civil, 4 Maestros de Obra, 3 operadores de Maquinaria.
Maquinaria y equipo: 2 Minicargadoras, 1 Retro excavadora
Actividades: Bloque 1: Relleno de vigas y Viguetas para losa en piso 1 y piso 2. Armado de plataforma para armado y Colocacion de acero y formaleta para placa en piso 2. Bloque 2: armado y Colocacion de acero para vigas y viguetas de losa, en piso 2, desencofrado de vigas y viguetas de losa en piso 1. Bloque 3: Demolicion y desencofrado de placa, armado y Colocacion de acero y formaleta para losa. Se continuaron las actividades sanitarias en bloque 1 y 2 en piso 1 y 2. Se realizaron las actividades de los Componentes Social, Ambiental y HSC. Se realizaron examenes especificos para capacitacion del personal para trabajo en altura. Se Capacitaron 30 trabajadores; 10 de Cada Bloque.

Omar P. Ochoa
Contratista

Octubre 13/24
Dia Lluvioso.
Se tenia programada fundida en horas de la mañana, 84 M³ aproximadamente, pero por fuertes lluvias presentadas desde las 5:30 am, se cancelo la programacion.

Powered by CamScanner

Octubre 14/24
Dia Soleado.
Personal en Obra: Director de Obras, Auxiliar Siso.
Se iniciaron las actividades de Capacitacion del personal para trabajos en altura.

Omar P. Obras
Contratista

Oct. 15/24
Dia nublado.
Personal en Obra: Director de Obras, Residente de Obras, Residente de Interventoria, Auxiliar Siso, Ingeniero Civil, 4 Maestros de Obra, 3 operadores de maquina, Cuadrilla Sanitaria.
Maquinaria y Equipo: 2 Minicargadores 1 Retroexcavadora.
Actividades: Bloque 1: Armado y Colocacion de acero y Formaleta sobre tarima para Losa en piso 2. Fundida de Vigas y viguetas para Losa en piso 1, con Concreto de 4000 PSI, Fundida de muro de contencion con concreto de 4.000 PSI, Fundida de Zapatas G8 y H8. Bloque 2: Adecuacion de terreno para armado de entarimado para armado y Colocacion de acero y Formaleta para placa en piso 2, Fundida de viga-cimiento y muro de contencion en Concreto de 4.000 PSI. Bloque 3: Se continuo con la demolicion de placa de piso, armado y Colocacion de acero y Formaleta para placa. Se continuo con las actividades de Instalaciones Sanitarias. Se finalizó la Capacitacion de los trabajadores, para trabajos en altura.

Omar P. Obras
Contratista

Powered by CamScanner

Oct. 16/24
Dia Soleado
Personal en Obra: Director de Obras, Residente de Obras, Residente de Interventoria, Auxiliar Diso, 4 Maestro de Obra, 3 operadores de maquinaria, Topografo, Cadenero, cuadrilla Sanitaria.
Equipos y Maquinaria: 2 Minicargadores, 1 Retro excavadora
Actividades: Bloque 1: Se continuo con el armado de la plataforma y acero para vigas y viguetas de losa en piso 2. continuo la formaleteria de vigas y viguetas para losa en pso 1. Bloque 2: Fundicion de muro de contencion y viga con concreto de 4.000 PSI. figuracion y Colocacion de acero para vigas y viguetas de losa en piso 2. Bloque 3: fundicion. de Columnas A7, B3 y C3. Se continuaron las actividades de Instalaciones sanitarias y filtros franceses en bloque 1 y bloque 2. Se ejecutaron los componentes Ambientales, Social y HSC.

Contratista

Oct. 17/24
Dia Soleado
Personal en Obra: Director de Obras, Residente de Obras, Residente de Interventoria, Auxiliar Diso, Residente Social, 4 Maestros de Obra, 3 Operadores de maquinaria, Ingeniero Civil.
Equipo y Maquinaria: 2 Minicargadores, 1 Retro excavadora
Actividades: Bloque 1: Finalizacion de armado y colocacion de acero para losa en piso 2 y Instalaciones electricas en losa piso 2, armado formaleta y Acero losa piso 1. Bloque 2: Armado y Colocacion de acero y formaleta para vigas y viguetas de losa en piso 1 y piso 2. Instalaciones Sanitarias. Bloque 3: Armado y Colocacion de plataforma para formaleta de vigas y viguetas de losa en la parte posterior. Se continuaron las actividades de Instalaciones electricas, Instalaciones sanitarias. Se ejecutaron los componentes Social, Ambiental y HSC

Contratista

Powered by CamScanner

Octubre 18/24
Dia Soleado.
Personal en Obra: Director de Interventoria, Director de Obra, Residente de Obra, Residente de Interventoria, Auxiliar Siso, 3 Operadores de Maquinaria, 4 Maestros de Obra, Topografia, Cuadrilla Sanitaria, Cuadrilla electrica.
Equipo y Maquinaria: 2 Minicargadores, 1 Retroexcavadora
Actividades: Bloque 1: Fundicion de Torta de losa en piso 1, Concreto fundicion vigas y viguetas losa en bloque 1 y fundicion muro de contencion. Bloque 2: Armado y Colocacion de acero y formaleta para vigas y viguetas de losa en piso 1 y piso 2. Bloque 3: Armado y Colocacion de acero y formaleta para losa en la parte Posterior. Se continuo con la demolicion de vigas y viguetas de losa en la parte anterior. Se continuaron las instalaciones electricas en bloque 2 y bloque 3. Se Continuo con las instalacion Sanitarias y de filtros franceses en bloque 2. Se ejecutaron los componentes Social, ambiental y HSE.

Duly Posso Jr
Contratista
Oct. 19/24
Dia Nublado.
Personal en Obra: Director de Obras, Residente de Obras, Residente de Interventoria, Auxiliar Siso, 3 Operadores de maquinaria, 4 Maestros de Obra, Topografo, Cuadrilla Electricas, Cuadrilla Sanitaria,
Maquinaria y Equipo: 2 Minicargadores, 1 Retro excavadora,
Actividades: Bloque 1: Terminacion de fundida de losa en piso 1, armado de acero para Columnas sobre losa fundida en piso 2. Bloque 2: armado y Colocacion de acero para vigas y viguetas de losa en piso 1, formaleteado y Colocacion de acero para vigas y viguetas de losa en piso 2. Bloque 3: Fundida de losa en ejes 8 a 10', demolicion de placa. Se realizaron las instalaciones electricas en bloque 3, Instalaciones Sanitarias en bloque 2, piso 2. Se ejecutaron los componentes. Social, ambiental y HSE.

Powered by CamScanner

Octubre 21/24
Dia Soleado.
Personal en Obra: Director de Obras, Residente de Obras, Residente de Interventoria, Auxiliar Siso, Residente Ambiental, 3 operadores de maquinaria, 4 Maestros de Obra, Topografo, Cadenero, Cuadrilla Sanitaria,
Equipo y Maquinaria: 2 Minicargadores, 1 Retro excavadora.
Actividades: Bloque 1: armado y Colocacion de Acero para Columnas en piso 1 y piso 2, armado y Colocación de acero y Formaleta para viga cimiento. Bloque 2: Lleno de Vigas y Viguetas, armado de acero para losa de Concreto en piso 1 y piso 2, armado y colocación de acero para Columna. Bloque 3: armado de acero para Columnas sobre losa fundida, Demolicion de placas.
Inicio de Instalacion de filtro Franceses en bloque 1, piso 2, y continuaron las Instalaciones Sanitarias en bloque 1 y 2 en piso 1.
Se ejecutaron Actividades de Capacitacion del personal q' se va a emplear para el Corte de Arboles, por parte de la Residente ambiental.
Se ejecutaron los Componentes Social y HSE.

Contratista

Octubre 22/24
Dia Soleado.
Personal en Obra: Director de Obras, Residente de Obras, Residente de Interventoria, Residente Ambiental, Auxiliar Siso, 4 Maestros de Obra, Ingeniero Civil, 3 Operadores de maquinaria, Topografo, Cadenero, Cuadrilla Sanitaria.
Equipo y Maquinaria: 2 Minicargadores, 1 Retro excavadora
Actividades: Bloque 1: Armado de acero para Columnas en piso 1 y 2, Lleno de Vigas y viguetas en piso 1. Bloque 2: Armado de acero para vigas y Viguetas y parrillas de losa en piso 1 y 2. Bloque 3: armado de acero para Columnas, demolición de placa.

Powered by CamScanner

Octubre 23/24 - Día Soleado
Personal en Obra: Director de Obras, Residente de Interventoría, Auxiliar Siso, Residente ambiental, Ingeniero Civil, 4 Maestros de Obra, 3 operadores de Maquinaria, Cuadrilla Sanitaria, Cuadrilla Electrica, Topografo, Cadenero.
Equipo y Maquinaria: 2 Minicargadores 1 Retro excavadora
Actividades: Bloque 1: Fundicion Columnas , lleno de Vigas y Viguetas para las bloque 1, piso 1, armado y Colocacion de acero para columnas en piso 2. Bloque 2: Fundida de Losa en Concreto de 4.000 PSI, en piso 1, fundicion de vigas y viguetas para losa en piso 2. Se realizaron los puntos electricos en ambos piso. Bloque 3: Se Continuo con la demolicion de la placa en primer piso, se continuo con el armado y Colocacion de acero para columnas en los ejes 8 al 10'. Se continuaron con las instalaciones Sanitarias en bloque 1 y 2, en piso 1. Se Corto el 2º Individuo arboreo, localizado en el bloque 1. Se ejecutaron los componentes. Social, ambiental y HSC.

Contratista

Oct. 24/24 - Día Soleado
Personal en Obra: Director de Obras, Residente de Obras, Residente de Interventoria, Auxiliar Siso, Residente Ambiental, Residente Social, Ingeniero Civil, 4 Maestros de Obra, 3 operadores de Maquinaria, Cuadrilla Electrica, Cuadrilla Sanitaria, Topografo Cadenero.
Equipo y Maquinaria: 2 Minicargadores 1 Retro excavadora
Actividades: Se recibio visita por parte de la Secretaria de Salud, Gobernacion de Sucre y Alcaldia Municipal de Coveñas, se trataron temas de avances de Obra. Bloque 1: Se Continuo con el lleno de Vigas y Viguetas, Colocacion de Mallas electrosoldadas para placa de piso de losa en el primer piso, Armado y Colocacion de acero para Columnas en el primer piso. Bloque 2: Se

Powered by CamScanner

Continuo con el lleno de Vigas y Viguetas, colocacion de mallas electrosoldadas para Placa de piso de Losa en el Segundo piso, Armado y Colocacion de acero para Viggs, Viguetas y Columnas en el primer piso. Bloque 3: Se Continuo con el armado y colocacion de acero para Columnas, se ejecutaron las excavaciones y Solado de Zapatas B6 y B7, excavaciones de Zapatas para la rampa peatonal. Se continuo con la tala de arboles ubicados en el bloque 1. Se ejecutaron las Instalaciones electricas en bloque 1 y bloque 2. Se ejecutaron los componentes Social, Ambiental y HSC.

Contratista

Octubre 25/24 · Dia Soleado
Personal en Obra: Director de Obra, Residente de Obras, Residente de Interventoria, Auxiliar Siso, Residente Ambiental, Ingeniero Civil, 4 Maestros de Obra, 3 operadores de maquinaria, Topografo, Cadenero, cuadrilla electrica, cuadrilla Sanitaria, Residente Siso.
Maquinaria y Equipo: 2 Minicargadoras, 1 Retroexcavadora.
Actividades: Bloque 1: Fundicion losa de piso en piso 1, armado acero columnas, Fundicion Viga-Cimiento eje B, Fundicion Columnas.
Bloque 2: Armado de acero para Columnas, Fundicion de losa de piso en el 2° piso, Fundicion de muro de Contencion y Viga y Viguetas para losa en piso 1. Bloque 3: Armado y colocacion de acero para Columnas, Fundicion de Columnas, Demolicion de placa.
Se Continuaron las Instalaciones Sanitarias en bloque 1 y 2, en piso 2 y se continuaron las Instalaciones electricas en bloque 1, piso 1.
Se Continuo con la tala de 2 arboles Ubicados en el bloque 1 y se Continuo con la excavacion del tanque subterraneo y de las Zapatas para Rampa peatonal ubicada entre bloque 1 y bloque 2.
Se ejecutaron Los componentes social, ambiental y HSC respectivamente.

Contratista

Powered by CamScanner

Octubre 26/24 - Dia Soleado

Personal en Obra: Director de Obras, Residente de Interventoria, Residente Ambiental, Auxiliar Siso, 4 Maestro de Obra, 3 operadores de Maquinaria, Topografo, Cadenero, Cuadrilla Sanitaria, Cuadrilla Electrica.

Maquinaria y Equipo: 2 Minicargadores, 1 Retroexcavadora

Actividades: Bloque 1: Fundicion losa de piso en primer piso, armado y Colocacion de acero de Columnas en primer Piso, armado y Colocacion de Formaleta para losa en piso 1, fundicion Vigas (Bloque) Cimiento en concreto de 4.000 PSI. Bloque 2: Fundicion de placa de piso para losa en piso 2, Fundicion de columnas en piso 1. Muro de Vigas y Viguetas en piso 1, Bloque 3: Fundicion de Columnas en Concreto de 4.000 PSI. Armado y Colocacion de acero para Columnas, Excavacion para Zapatas para Rampa Peatonal Ubicada entre bloque 1 y bloque 2. Se Continuo con las Instalaciones Sanitarias y Electricas. Se Continuo con la poda y Corte de 2 arboles ubicados en el bloque 1, Se ejecutaron los Componentes Ambiental, Social y HSE.

Contratista

Oct. 28/24 - Dia Soleado.

Personal en Obra: Director de Obras, Residente de Interventoria, Auxiliar Siso, 4 Maestro de Obra, 3 operadores de maquinaria, Topografo, Cadenero, Ingeniero Civil, Cuadrilla Sanitaria, Cuadrilla Electrica,

Equipo y Maquinaria: 2 Mini cargadores, 1 Retro excavadora

Actividades: Bloque 1: Armado y Colocacion de acero para Columnas en piso 1, Armado y colocacion de formaleta para vigas y Viguetas de placa en piso 1. Bloque 2: Armado y Colocacion de acero para Columnas en piso 2, armado y Colocacion de acero y formaleta para muro de Contencion, arreglo de terreno para armado y Colocacion de formaleta para vigas y Viguetas de losa en piso 2. Bloque 3: Armado y Colocacion de acero para columnas, figuracion y colocacion de acero para Columna y Zapatas de Rampa Peatonal. Se Continuo con las Instalaciones Sanitarias y la Poda y Corte de arboles en bloque 1. Se ejecutaron los Componentes Ambiental, Social y HSE.

Powered by CamScanner

Oct. 29/24 - Dia Soleado

Personal en Obra:- Director de Obras, Residente de Obras, Residente de Interventoria, Auxiliar SISO, Residente ambiental, Residente Social, Ingeniero Civil, 4 Maestros de Obra, 3 Operadores de maquinaria, Topografo, Cadenero, Cuadrilla Sanitaria.

Equipo y Maquinaria: 2 Minicargadores 1 Retro excavadora

Actividades: Bloque 1: Armado de plataforma para Formaleteria de losa en piso 1, Armado de acero para muro de contencion.

Bloque 2: Armado de Acero para Columnas en piso 1, Piso 2, Se Continuo con la excavacion del tanque Subterraneo. Bloque 3: Armado y Colocacion de plataforma para formaleteria de Placa, Figurado y Colocacion de acero para Columnas, Vigas y Viguetas de losa.

Se Continuaron las Instalaciones Sanitarias. Se Continuo con el armado y Colocacion de acero para Zapatas y Columnas de la Rampa Peatonal. Se Ejecutaron los Componentes Ambiental, Social y HSE.

Contratista

Oct. 30/24 - Dia Soleado

Personal en Obra: Director de Obras, Residente de Obras, Residente de Interventoria, Auxiliar SISO, Residente Social, 4 Maestros de Obra, 3 Operadores de Maquinaria, Ingeniero Civil, Cuadrilla Sanitaria, Topografo, Cadenero.

Equipo y Maquinaria: 2 Minicargadores, 1 Retro excavadora.

Actividades: Bloque 1: Armado de Formaleta para Placa en piso 2, Armado y Colocacion de acero para Columnas y Muro de Contencion.

Bloque 2: Fundicion de Muro de contencion en Concreto de 4.000 PSI, fundicion de Columnas, figurado y Colocacion de acero para columnas en piso 2, Elaboracion Solado del tanque Subterraneo. Bloque 3: Fundicion de Columnas, figurado y Colocacion de acero para columnas, vigas y viguetas de Placa. Fundicion de Zapatas para rampa peatonal.

Se Continuo con las Instalaciones Sanitarias. Se ejecutaron los componentes Social, Ambiental y HSE.

Contratista

Powered by CamScanner

Octubre 31/24 – Día Soleado

Personal en Obra: Director de Obras, Residente de Obras, Residente de Interventoría, Residente Ambiental, Auxiliar Siso, Ingeniero Civil, 1 Maestro de Obra, 3 Operadores de Maquinaria, Topografo, Cadenero, Cuadrilla Sanitaria.

Equipo y Maquinaria: 2 Minicargadores 1 Retroexcavadora.

Actividades: Bloque 1: Figurado y Colocacion de Acero para muro de contencion, Armado de plataforma para formaleteria de placa en piso 1, Bloque 2: Solado de tanque Subterraneo, Figurado y Colocacion de acero y Formaleteria para Columnas en piso 2, Mejoramiento de terreno para Soporte de formaleteria de placa en piso 1. Bloque 3: Mejoramiento de terreno para Soporte de formaleteria para placas, figurado y Colocacion de Acero para Columnas, Vigas y Viguetas de placas. Se Continuaron con las Instalaciones Sanitarias, Se termino el Corte de uno de los arboles del bloque 1. Se Ejecutaron las actividades de los Componentes Social, Ambiental y HSC.

Contratista

Powered by CamScanner