INFORME SST # 4

CONTRATO 487 DE 2025 - FDLPA

OBJETO DEL CONTRATO:

“EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁ D.C., BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE”.

CONTRATISTA:

Consorcio Ada 045

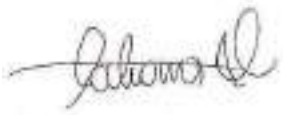
Fecha de presentación: 01 de Abril de 2026 al 30 Abril de 2026

CONTRATO DE OBRA No. 487-2025 FDLPA

"EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁ D.C., BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE".

INFORME SST # 4

REVISIÓN Y APROBACIÓN

Número de revisión: 1		**Versión No. 1**
Elaborado por: CONSORCIO ADA 045		
Responsable por elaboración Residente SST	Nombre	Ing. Tatiana Valdeleón
	Firma	
Aprobado por: CONSORCIO VIAS LOCALES		
Responsable por Aprobación Residente SST de Interventoría	Nombre	Profesional. Claudia Aldana Perdomo
	Firma	

Contenido

1. INTRODUCCIÓN 3
2. OBJETIVOS 3
2.1 Objetivo General 3
2.2 Objetivos Específicos 3
3. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO 4
4. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO 6
4.1 UBICACIÓN GEOGRÁFICA 6
5. COMPONENTE D. – SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 8
5.1. Actividades al Plan SG-SST 8
6.1.1 Inducción 8
6.1.2 Socialización del Reglamento de Higiene y Seguridad y Salud en el Trabajo y Políticas 9
6.1.3 Afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social 9
6.2 Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST) 10
6.3 Comité de Convivencia Laboral 10
6.4 Conformación Brigada de Emergencia 11
7. MEDICINA DEL TRABAJO 12
7.1 Unidades Sanitarias 12
7.2 Manejo de Vestier 12
7.3 Suministro de Hidratación 12
8. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 13
8.1 Divulgación de los Procedimientos para Trabajo Seguro 13
8.1.1 Procedimiento para Entrega, Uso y Reposición de EPP. 13
8.1.2 Entrega y Reposición de EPP. 14
8.1.3 Registro de Inspecciones Efectuadas 14
8.1.4 Capacitaciones 15
8.1.5 Maquinaria y Vehículos 15
9. ACCIDENTES LABORALES E INCIDENTES (REPORTE, INVESTIGACIÓN) 17
9.1 Reporte de Accidentes e Incidentes 17
9.2 Estadísticas de Accidentalidad 17
9.3 Estadísticas de Ausentismo Laboral 17
10. REGISTRO FOTOGRAFICO 18
11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 18

1. INTRODUCCIÓN

El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo SG-SST está orientado a lograr una adecuada administración de riesgos que permita mantener el control permanente de los mismos en los diferentes oficios y que contribuya al bienestar físico, mental y social del trabajador y al funcionamiento de los recursos e instalaciones.
El objetivo principal del presente informe del componente SST, es dar a conocer a la alcaldía local de Puente Aranda, el seguimiento realizado por el contratista y la interventoría durante la ejecución del Contrato 487 de 2025, el cual tiene por objeto: "EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁ D.C., BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE" ,comunicando las actividades que se realizan durante su ejecución con el fin de dar cumplimiento a los requisitos contractuales.

El documento que se presenta a continuación refleja la gestión SST realizada en el periodo comprendido del 01 de abril de 2026 al 30 de abril de 2026.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Evidenciar la gestión realizada en cuanto al cumplimiento de las actividades programadas para el mes de 01 de abril de 2026 al 30 de abril de 2026, con referencia al sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Evaluar cada uno de los procesos que se desarrollan en el proyecto teniendo en cuenta así las condiciones de trabajo y los peligros presentes para así generar las medidas de intervención.
- ✓ Implementar metodologías en las cuales se tenga el control de los riesgos y se diseñan estrategias encaminadas a la prevención de accidentes y enfermedades laborales.
- ✓ Prevenir y promover la seguridad y salud de nuestros colaboradores.
- ✓ Ejecutar las actividades que se encuentran contempladas en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo a los lineamientos vigentes por la ley.

3. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Tabla 1. Información del Proyecto

Entidad contratante	
Entidad	CONSORCIO ADA 045
Nit	902.016.742-9
Contrato No.	Contrato de Obra Pública 487 de 2025
Objeto del contrato	"EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁ D.C, BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE".
Localización del proyecto	PUENTE ARANDA
Plazo de ejecución	19 meses
Fecha de inicio	23 de diciembre de 2025
Fecha de terminación	22 de Julio de 2027
Valor Inicial Contrato	$ 19.332.778.292

Tabla 2. Información del Contratista

Contratista	
Contratista	Consorcio DA 045
Director de obra	Ing. Andrés Felipe Echandía R
Residente técnico	Ing. Juan David Quiroga
Residente técnico	Ing. Henry Alejandro Cusguen Preciado
Especialista en Pavimentos	Ing. Juan Ricardo Troncoso
Especialista en Redes Hidrosanitarias	Ing. Lisandro Núñez
Profesional en Costos, Presupuesto y Programación	Ing. Marcela Arévalo
Residente ambiental	Ing. Camilo Durán
Residente SST	Ing. Tatiana Andrea Valdeleón Manrique
Residente social	T.S. Ángela María Quiroga Galvis

Tabla 3. Información de la Interventoría

Interventoría	
Interventoría	Consorcio Vías locales
Residente SST	Profesional. Claudia Aldana

- **Personal para la etapa preliminar**

A continuación, se presenta una tabla general del personal contractual del Consorcio ADA 045:

Tabla 4 Personal Contractual

CARGO	% DEDICACIÓN	NOMBRE DEL PROFESIONAL
DIRECTOR DE OBRA	60%	ANDRES ECHANDIA
RESIDENTE DE OBRA	100%	JUAN DAVID QUIROGA
RESIDENTE DE OBRA	100%	HENRY CUSGUEN
ESP. PAVIMENTOS	50%	JUAN RICARDO TRONCOSO
ESP. REDES HIDROSANITARIO	50%	LISANDRO NUÑEZ
PROFESIONAL EN COSTOS Y PRESUPUESTO	50%	MARCELA AREVALO
RESIDENTE AMBIENTAL	50%	CAMILO DURAN
RESIDENTE SST	50%	TATIANA VALDELEON
RESIDENTE SOCIAL	50%	ANGELA QUIROGA

- **Punto PAC**

La oficina del área SST se encuentra ubicada en la carrera 31c # 5b-16 barrio Veraguas, segundo piso este espacio cuenta con equipos de cómputo, impresión, sala de capacitaciones, y en general, con las herramientas para realizar la labor administrativa.

- **Horario de Trabajo**

Tabla 5 Horario de Trabajo

Área	*Días*	*Horario*
Administrativa	*Lunes – viernes*	*7:00 am a 4:00 pm*
	Sábado	*7:00 am a 11:00 am*
Operativa	*Lunes – viernes*	*7:00 am a 4:00 pm*
	Sábado	*7:00 am a 11:00 am*

4. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO

La localidad de Puente Aranda se encuentra ubicada en el sector centro-occidental de la ciudad de Bogotá D. C., limitando al norte con las localidades de Teusaquillo y Los Mártires, al oriente con Los Mártires, al sur con Fontibón y al occidente con Kennedy. Su localización estratégica dentro del área urbana le confiere alta accesibilidad mediante corredores viales principales como la Calle 13, la Autopista Sur y la Avenida de las Américas, lo que la consolida como una zona de relevante actividad industrial, comercial y logística dentro de la ciudad.

.

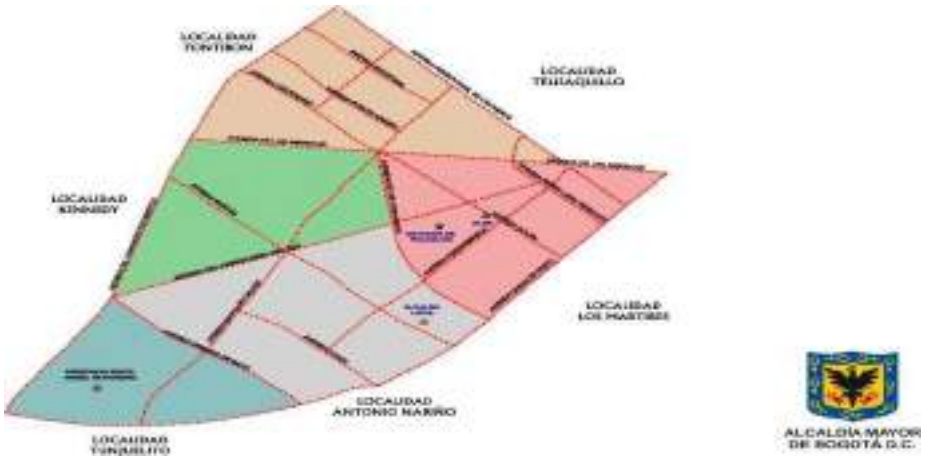


Ilustración 1 perímetro de intervención.

4.1 UBICACIÓN GEOGRÁFICA

El proyecto no posee una ubicación única y específica dado que las obras a ejecutar se encuentran situadas en diferentes Unidades de Planeamiento Zonal (UPZ) de la Localidad, por lo cual se considera que el área de influencia directa e indirecta del proyecto es la Localidad de Puente Aranda y sus UPZ que la conforman.

A continuación, se observan las UPZ:

NUMERO	UPZ
40	Ciudad Montes
41	Muzú
43	San Rafael
108	Zona Industrial
111	Puente Aranda

En la siguiente tabla se encuentran los CIV contractuales y el tipo se intervención que requería cada uno.

Tabla 6. Listado de CIV contractuales. Tomado de Anexo técnico.

Nº	CIV	EJE	INICIO	FIN
1	16003365	KRA 31B	Cl 1CBIS	**Cl10**
2	16003440	KRA310	Cl1A	**Cl 1B**
3	16003421	Cl1B	KRA 310	**KRA 31C**
4	16004158	KRA50A	Cl39SUR	**Cl39ASUR**
5	16004424	KRA50A	AUTP SUR	**Cl41BSUR**
6	16002124	Cl1B	TV 52	**TV52BIS**
7	16002061	Cl 1B	TV52BIS	**TV52ABIS**
8	16001963	Cl1B	TV52ABIS	**TV52B**
9	16001926	Cl1B	TV52B	**TV52C**
10	16001882	Cl1B	TV52C	**TV53**
11	16001241	OG 2	KRA58	**KRA60**
12	16001290	OG 2	KRA57A	**KRA58**
13	16001325	Cl2	TV57	**KRA57A**
14	16001358	Cl 2	TV56A	**TV57**
15	16001403	Cl 2	KRA56	**KRA56A**
16	16001441	Cl 2	KRA55	**KRA56**
17	16001483	Cl2	KRA54	**KRA55**
18	16001522	Cl2	KRA53G	**KRA54**
19	16001555	Cl2	KRA53F	**KRA53G**
20	16001593	Cl 2	KRA530BIS	**KRA53F**
21	16001631	Cl2	KRA530	**KRA530BIS**
22	16001680	Cl 2	KRA53A	**KRA530**
23	16002335	KR 32	CL 6	**CL 6A**
24	16004450	KR 32	CL 6A	**CL 7**
25	16002252	KR 32	CL 7	**CL 7A**
26	16004742	KR 32	CL 7A	**CL 8**
27	16002125	KR 32	CL 8	**CL 8 A**
28	16002074	KR 32	CL 8 A	**CL 9**
29	16001611	CL 5C	KR 39D	**KR 40**
30	16001664	KR 39D	CL 5 A	**CL 5 C**
31	16003772	KR 39B	CL 29A S	**CL 29B S**
32	16002866	KR 30A	CL 4	**CL 4BIS**
33	16001079	KR 57A	CL 2B	**CL 2C**
34	16002164	CL 2D	KR 39	**KR 39A**
35	16003336	CL 10A S	KR 36	**KR 37**
36	16000940	CL 4A	KR 54	KR 55

5. COMPONENTE D. – SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

5.1. Actividades al Plan SG-SST

Durante el periodo de elaboración de este informe SST se realizaron actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo.

- ✓ Inducción de personal para nuevos ingresos
- ✓ Entrega de EPP
- ✓ Entrega de Dotación
- ✓ Acompañamiento reunión de inicio

6.1.1 Inducción

El objetivo principal de la inducción es brindar al trabajador una efectiva orientación general sobre las funciones que desempeñara, los fines o razón social del Consorcio, la organización y la estructura de este. Con el proceso de inducción se busca resaltar las recomendaciones médicas prescritas por el Medico ocupacional del centro médico, el cual realizo al trabajador el examen de ingreso, de igual forma se da a conocer las políticas en Seguridad y Salud en el Trabajo y se notifica los riesgos a los que está expuesto el trabajador.

Se realizaron inducciones de inicio a los trabajadores informándoles acerca del proyecto las reglas de seguridad y salud en el trabajo que se deben cumplir y las actividades a realizar según el cronograma para llevar a cabalidad la ejecución del mismo.

Tema	***# Capacitados***	***Duración***
- Información general de la Empresa - Políticas SST-Ambiental-Tabaquismo/alcohol y drogas - Que es el COPASST - Que es el CCL - Que es el SG-SST	10	1 hora

6.1.2 Socialización del Reglamento de Higiene y Seguridad y Salud en el Trabajo y Políticas

Teniendo en cuenta las características del proyecto y la necesidad de incluir personal para la ejecución de las actividades del CONSORCIO ADA 045 se realizará un proceso de inducción y entrenamiento de acuerdo a la fecha de ingreso en el cual se tratarán los siguientes temas:

- ✓ Socialización del reglamento de Seguridad y Salud en el trabajo
- ✓ Socialización de la Política de Seguridad y salud en el trabajo.
- ✓ Plan de Emergencia, principales tipos de emergencia, funciones de la brigada de emergencia y cómo actuar ante una emergencia.
- ✓ Elementos de Protección Personal EPP: funcionalidad, porte adecuado, control de riesgos.
- ✓ Notificación de riesgos de acuerdo al puesto de trabajo y actividad.

El cumplimiento de lo anterior se verifica mediante los formatos de asistencia y notificación.

Anexo 1. Soportes Ingreso
Anexo 2. Certificado revisor fiscal-representante legal
Anexo 3. FOAC- 83
Anexo 4. Paz y Salvo

6.1.3 Afiliaciones al Sistema General de Seguridad Social

Todo el personal que ingrese a laborar al proyecto debe estar afiliado al SGS (ARP, EPS, AFP), los aportes de los mismos serán verificados de manera mensual. Así mismo se realiza examen de ingreso al personal nuevo y notificación de examen de egreso al personal que se retira de la empresa.
Toda persona visitante, conductor, personal relacionado con la obra, Interventoría, personal externo, etc. debe cumplir con las afiliaciones obligatorias y el uso de elementos de protección personal mientras permanezca en el área de desarrollo del proyecto.

Para el período en mención se presentaron las siguientes novedades:

Tabla 7 Consolidado Novedades

CONSOLIDADO	
INGRESOS NUEVOS	10
INGRESO RETIRO	1
RETIRO	0

6.2 Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)

Para el presente periodo se llevó a cabo la reunión de seguimiento del COPASST el día 24/04/2026, en la cual se revisaron los temas relacionados con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, incluyendo el seguimiento de las actividades constructivas de los frentes de obra que se encuentran en intervención.

El comité continuará con el monitoreo mensual quedando establecido de la siguiente manera:

Tabla 8 Representantes COPASST por parte del empleador

PRINCIPAL	SUPLENTE
TATIANA ANDREA VALDELEÓN	CAMILO DURAN
Cargo: Residente SST	*Cargo: Residente Ambiental*

Tabla 9 Representantes COPASST por parte de los trabajadores

PRINCIPAL	SUPLENTE
DAVID SEBASTIAN MARTINEZ	CHRISTIAN FELIPE PAREDES
Cargo: Inspector de Obra	*Cargo: Conductor*

6.3 Comité de Convivencia Laboral

Durante el presente periodo se realizó el seguimiento a las actividades del Comité de Convivencia Laboral, orientadas a promover un ambiente de trabajo sano y el respeto entre los colaboradores, estas acciones contribuyen al mejoramiento del clima organizacional y al cumplimiento de los lineamientos establecidos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

El comité continuará con el monitoreo mensual quedando establecido de la siguiente manera:

Tabla 10 Representantes CCL por parte del empleador

PRINCIPAL	SUPLENTE
TATIANA ANDREA VALDELEÓN	ANGELA MARIA QUIROGA
Cargo: Residente SST	*Cargo: Residente Social*

Tabla 11 Representantes CCL por parte de los trabajadores

PRINCIPAL	SUPLENTE
MARGOTH BRAVO	ORLANDO ACEVEDO
Cargo: Auxiliar Topografía	*Cargo: Conductor*

6.4 Conformación Brigada de Emergencia

De acuerdo a la Resolución 0256 de 2014 y la Ley 9 de 1979, Resolución 2400 de 1979, Resolución 1016 de 1989, Decreto 2222 de 1993, Decreto 1443 de 2014 y la Ley 1575 de 2012, se establece que todo lugar de trabajo deberá disponerse de personal capacitado, métodos, equipos y materiales adecuados para la prevención y extinción de incendios. Para el presente periodo no se realiza conformación ya que no se cuenta con un número considerable de personal operativo con el fin de hacer la convocatoria y respectiva elección.



Ilustración 2 Estructura Brigada Emergencia

Durante el presente periodo se realizó el seguimiento a la brigada de emergencia, verificando su disponibilidad, organización y preparación para la atención de posibles situaciones de riesgo, se efectuó la identificación de las rutas de evacuación y puntos de encuentro de los frentes de obra en ejecución. Estas acciones contribuyen al fortalecimiento de la capacidad de respuesta ante emergencias y al cumplimiento de los lineamientos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
La brigada continuará con el monitoreo mensual quedando establecido de la siguiente manera:

Tabla 12 Conformación Brigada de emergencia

JEFE DE BRIGADA	
NOMBRE	**CARGO**
Tatiana Valdeleón Manrique	Residente SST
JEFE DE EVACUACIÓN	
NOMBRE	**CARGO**
Camilo Duran	Residente Ambiental
BRIGADA DE PRIMEROS AUXILIOS	
NOMBRE	**CARGO**
Angela María Quiroga	Residente Social
Jhon Fredy Hernández Ceron	Cadenero I
Sandra Liliana Vaca Cardenas	Cadenero II
BRIGADA CONTRA INCENDIOS	
Laura Valentina Hurtado	Cadenero II
Margoth Bravo Suarez	Auxiliar Topografía

De la misma manera, para la obra y el punto PAC, se tienen disponibles los elementos para la atención de emergencias tales como botiquín para la atención de primeros auxilios, extintor y camilla para el traslado de personal en caso de ser requerido.

Anexo 5. Acta reunión seguimiento mensual COPASST-CCL-Brigada Emergencia.

7. MEDICINA DEL TRABAJO

7.1 Unidades Sanitarias

Según la Resolución 2400 de 1979 se debe dotar de unidades sanitarias con la siguiente especificación: por cada quince (15) trabajadores se debe disponer de una unidad sanitaria, además los trabajadores tendrán acceso al sistema sanitario del campamento. Para los frentes de obra activos se tienen instalados las siguientes unidades sanitarias:

FRENTE DE OBRA	CAMPAMENTOS MÓVILES	CAMPAMENTOS FIJOS	BAÑOS PORTÁTILES		BAÑOS FIJOS
			Hombre	Mujer	
Punto PAC	0	1	0	0	2
Asunción	1	0	1	1	0
Villa Sonia	1	0	1	1	0
Pensilvania	1	0	1	1	0
TOTAL	**3**	**1**	**3**	**3**	**2**

7.2 Manejo de Vestier

En cada frente de obra se dispone de carpas que será utilizados como vestier de los trabajadores de 2m x 2m con estructura, techos y laterales de lona impermeable, exclusivo para el cambio de ropa de los trabajadores y almacenamiento de sus objetos personales garantizando el bienestar del trabajador.

7.3 Suministro de Hidratación

En cada frente de obra se dispone de un punto de hidratación para los colaboradores con el fin de promover el adecuado consumo de agua por parte del personal y prevenir afectaciones a la salud asociadas a la deshidratación y la exposición a altas temperaturas. Estos puntos fueron ubicados en zonas estratégicas, asegurando su fácil acceso, condiciones higiénicas y abastecimiento continuo. Así mismo, se realizaron recomendaciones al personal sobre la importancia de la hidratación frecuente durante la jornada laboral, contribuyendo al bienestar de los trabajadores y al desarrollo seguro de las actividades en campo.

8. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

8.1 Divulgación de los Procedimientos para Trabajo Seguro

8.1.1 Procedimiento para Entrega, Uso y Reposición de EPP.

Se implementó el procedimiento para la entrega, uso y reposición de los Elementos de Protección Personal (EPP), estableciendo los lineamientos para su suministro oportuno, control y seguimiento conforme a los riesgos identificados en la matriz de peligros del proyecto. Dicho procedimiento contempló la entrega formal mediante registro firmado por cada trabajador, la socialización sobre el uso adecuado y obligatorio de los elementos asignados, así como la reposición inmediata en caso de deterioro, daño o pérdida de funcionalidad. Los siguientes son los elementos básicos de protección de personal que deberá utilizar el personal para asegurar un riesgo mínimo y de seguridad y llevar un control en su entrega y uso.

Tabla 13 Listado Dotación por Cargo

CARGO	EQUIPO DE DOTACION Y DOTACION
Residentes **Auxiliares** **Director de Obra** **Coordinación del Proyecto** **Comisión Topográfica** **Inspectores**	o Casco De Seguridad Blanco o Monogafas De Seguridad o Botas De Cuero Con Punta De Acero o Protector Auditivo Inserción o Protector Respiratoria (Mascarilla Normal) o Chaleco o Chaqueta Impermeable o Impermeable Para Invierno o Bota De Caucho Con Punta De Acero o Guantes Vaqueta
Operador de Maquinaria	o Casco De Seguridad Amarillo o Overol o Monogafas De Seguridad o Botas De Cuero Con Punta De Acero o Protector Auditivo Tipo Copa U Orejeras o Protector Respiratoria (Mascarilla Normal) o Impermeable Para Invierno o Bota De Caucho Con Punta De Acero o Guantes Nitrilo
Oficial **Maestro** **Ayudante** **Auxiliar de Trafico** **Boal**	o Casco De Seguridad Amarillo o Overol o Monogafas De Seguridad o Botas De Cuero Con Punta De Acero o Protector Auditivo Tipo Inserción o Protector Respiratoria (Mascarilla Normal) o Impermeable Para Invierno o Bota De Caucho Con Punta De Acero o Guantes vaqueta o Guantes De Caucho

8.1.2 Entrega y Reposición de EPP.

Se garantizó la entrega y reposición oportuna de los elementos de protección personal (EPP) al personal, de acuerdo con los riesgos identificados en cada actividad. Se realizó el control mediante registros de entrega firmados, verificando el estado y uso adecuado de los elementos en campo, y gestionando su reposición. Estas acciones permiten asegurar la protección de los trabajadores frente a los riesgos laborales y el cumplimiento de los lineamientos establecidos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Anexo 6. Entrega de EPP y dotación.

8.1.3 Registro de Inspecciones Efectuadas

Se realizaron inspecciones de seguridad en los diferentes frentes de obra, con el fin de verificar las condiciones de trabajo, el cumplimiento de los procedimientos establecidos y el uso adecuado de los elementos de protección personal (EPP). Estas actividades contribuyeron al fortalecimiento de la cultura de prevención y al mejoramiento continuo de las condiciones de seguridad en el proyecto, en cumplimiento de los lineamientos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

8 Inspecciones Mensuales

CONSOLIDADO DE INSPECCIONES			
INSPECCIÓN REALIZADA	**FRENTE DE OBRA**	**FECHA DE REALIZACIÓN**	**CANTIDAD**
Señalización y seguridad	Asunción	20/04/2026	1
	Punto PAC	20/04/2026	1
	Villa Sonia	20/04/2026	1
	Pensilvania	20/04/2026	1
Inspección Orden y aseo	Punto PAC	20/04/2026	1
	Asunción	20/04/2026	1
	Villa Sonia	20/04/2026	1
	Pensilvania	20/04/2026	1
Inspección Locativa	Punto PAC	20/04/2026	1
	Asunción	20/04/2026	1
	Villa Sonia	20/04/2026	1
	Pensilvania	20/04/2026	1

Inspección Orden y aseo	Punto PAC	20/04/2026	1
	Asunción	20/04/2026	1
	Villa Sonia	20/04/2026	1
	Pensilvania	20/04/2026	1
Inspección Extintor y Botiquín	Punto PAC	20/04/2026	1
	Asunción	20/04/2026	1
	Villa Sonia	20/04/2026	1
	Pensilvania	20/04/2026	1
Inspección EPP	Punto PAC	20/04/2026	1
	Asunción	20/04/2026	1
	Villa Sonia	20/04/2026	1
	Pensilvania	20/04/2026	1

Anexo 7. Inspecciones.

8.1.4 Capacitaciones

Se llevó a cabo la capacitación a todo el personal sobre el uso obligatorio de los elementos de protección personal (EPP), con el objetivo de fortalecer la cultura de seguridad y prevenir accidentes laborales. Durante la jornada, se explicaron los diferentes tipos de EPP, su correcta utilización, mantenimiento y la importancia de su uso permanente en las áreas de trabajo. Asimismo, se enfatizó en la responsabilidad individual de cada colaborador en el cumplimiento de las normas de seguridad establecidas por la organización.

Fecha	Capacitación / Charla	N° Participantes
13/03/2026	Uso obligatorio de EPP	18
Total Capacitaciones / Charlas		1

Anexo 8. Charla Uso Obligatorio de Epp.

8.1.5 Maquinaria y Vehículos

Durante el periodo se realizó el seguimiento y control a la maquinaria y vehículos utilizados en el proyecto, verificando el cumplimiento de las condiciones de seguridad para su operación. Se llevaron a cabo inspecciones preoperacionales, así como la verificación del estado mecánico. De igual manera, se reforzaron las medidas de prevención en la operación, incluyendo señalización y control de tráfico contribuyendo a la prevención de incidentes y al desarrollo seguro de las actividades, en cumplimiento de los lineamientos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Tabla 15 Maquinaria y Vehículos

MANEJO	**MAQUINARIA Y EQUIPO**		
OBJETIVO	- Controlar la maquinaria y equipos - Evitar derrames de líquidos de maquinaria y otros -Evitar accidentes y afectaciones al tráfico vehicular -Hacer un control óptimo de las herramientas		
ETAPA	Construcción	**TIPO DE MEDIDA**	Prevención / Control
IMPACTOS A MANEJAR			
La implementación de las medidas de manejo para la maquinaria y equipos utilizados en las obras de construcción permiten controlar los siguientes impactos: - Generación de ruido. -Contaminación del aire - Alteración características del suelo -Contaminación del suelo -Riesgo de accidentalidad			
MEDIDAS DE MANEJO			
- Realizar un mantenimiento periódico a los vehículos para garantizar la perfecta combustión de los motores, el ajuste de los componentes mecánicos, el balanceo y la calibración de las llantas. -En los vehículos Diésel el tubo de escape debe estar a una altura mínima de 3m. -Se debe solicitar el certificado de emisiones atmosféricas vigente. -En todos los casos cumplir con los requerimientos sobre calidad del aire fijado en la Normatividad Ambiental Vigente. - Se deberán emplear vehículos de modelos recientes, con el objeto de minimizar emisiones atmosféricas que sobrepasen los límites permisibles. - Efectuar el mantenimiento de la maquinaria en centros debidamente autorizados. -Verificar que los vehículos transportadores de concreto, mezclas asfálticas, emulsiones y otros, se encuentren en óptimas condiciones con el fin de evitar derramamientos que contaminen el suelo. En caso de que el derrame ocurra, recolecte de inmediato los residuos y dispóngalos en un botadero debidamente autorizado. -Toda la maquinaria y equipo debe portar extintor multipropósito.			
SEGUIMIENTO			
Lista de Chequeo mensual.			
FORMATO DE CONTROL MENSUAL	- Listado de Maquinaria, equipos y vehículos en obra. - Inspección de maquinaria, equipos y vehículos en obra.		
RESPONSABLES	- Contratista de Obra (director de Obra, Ingeniero Residente SST Y Ambiental)		

TIPO DE VEHICULO / MAQUINA	MARCA	PLACA	PIN	ESTADO EN OBRA
Camioneta	Renault Duster	LLR016	N/A	ACTIVO
Furgon	Chevrolet NHR	EQZ683	N/A	ACTIVO
Retroexcavadora	Shantui SE75	N/A	N/A	ACTIVO
Retroexcavadora	Hitachi ZX40U-2	N/A	N/A	ACTIVO
Minicargador	Lonking CDM312	N/A	N/A	ACTIVO
Minicargador	XCMG	N/A	N/A	ACTIVO
Volqueta	International	SKX618	6514	ACTIVO
Volqueta	International	TVB239	6512	ACTIVO
Volqueta	Kenworth	WFV868	7525	ACTIVO
Minicargador	New Holland LX 465	N/A	N/A	ACTIVO
Vibro compactador	Bomag BM 900-2	N/A	N/A	ACTIVO
Volqueta	International	SOP192	13319	ACTIVO
Volqueta	International	TFP488	27477	ACTIVO
Volqueta	International	STY655	27921	ACTIVO

Anexo 9. Preoperacionales

9. ACCIDENTES LABORALES E INCIDENTES (REPORTE, INVESTIGACIÓN)

9.1 Reporte de Accidentes e Incidentes

Durante el periodo del 01 de abril del 2026 al 30 de abril del 2026, No se reportan accidentes e incidentes de Trabajo.

Los formatos que se usaran para la investigación y reporte de accidentes cuando se requiera son los siguientes:

Tabla 16 Formatos para investigación de accidentes

Nombre del Formato	Aplicable para el periodo
Formato Investigación de accidente	NO

9.2 Estadísticas de Accidentalidad

De acuerdo con lo anterior el CONSORCIO ADA 045, para el presente periodo reporta una estadística de Accidentalidad en 0, con Índice de frecuencia del 0% y un índice de severidad del 0%.

9.3 Estadísticas de Ausentismo Laboral

Para el presente periodo se reporta una estadística de ausentismo laboral del 0%

Tabla 17 Control de Ausentismo

Causas de Ausentismo	No de casos	No de días perdidos
Accidente de Trabajo	0	0
Enfermedad General	0	0
Licencia o permisos	0	0
Total	0	0

Anexo 10. Caracterización de accidentalidad.

10. REGISTRO FOTOGRAFICO

Durante el periodo se realizó el registro fotográfico de las actividades desarrolladas, con el fin de evidenciar el cumplimiento de las condiciones de seguridad, la ejecución de las labores y la implementación de los controles establecidos. Este registro incluye imágenes de inspecciones, entrega de elementos de protección personal, capacitaciones, frentes de obra y demás actividades relevantes.

Anexo 11. Registro Fotográfico.

11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- ✓ Durante el periodo evaluado se evidenció el cumplimiento de las actividades programadas en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, alcanzando un 100% de ejecución en las acciones planificadas, lo que refleja una adecuada gestión y seguimiento en campo.
- ✓ Se mantuvo el control de los riesgos mediante la implementación de medidas preventivas, socialización de procedimientos de trabajo seguro, inspecciones periódicas y fortalecimiento del uso de elementos de protección personal.
- ✓ Se presentaron 10 ingresos de personas nuevas a quienes se les realizo la correspondiente inducción y notificación de riesgos.
- ✓ No se presentaron accidentes de trabajo en el periodo del periodo del 01 de abril de 2026 al 30 de abril de 2026.
- ✓ Se realizo reposición de dotación y Epp.
- ✓ Durante este periodo se realizaron las siguientes inspecciones: Botiquín, extintor, orden y aseo, locativa, Epp, preoperacionales de vehículos.

ANEXOS

ANEXO 1. SOPORTES INGRESO

	FORMATO REQUISITOS CONTRATO	

FECHA: 08-04-26
NOMBRE: Daimer José Mosquera peñaloza.
CEDULA: 1006581834
CARGO: Ayudante de obra
EMPRESA: Consorcio Ada-045

Los siguientes son los requisitos dados en el anexo técnico del contrato de obra publica **N° 487- 2025** celebrado entre el FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA y CONSORCIO ADA 045

PERSONAL

- [ ] HOJA DE VIDA
- [x] EXAMEN OCUPACIONAL
- [x] FOTOCOPIA DE CÉDULA
- [x] CERTIFICADO DE AFILIACIÓN (ARL,EPS,AFP,CCF)

MAQUINARIA

Toda maquinaria y equipo que vaya a ser usado en la ejecución del contrato, debe presentar los siguientes documentos, para revisión y aprobación , como requisito para su ingreso a la obra y posterior operación:

- [ ] Copia del manual de operación y mantenimiento
- [ ] Certificado expedido por un Ingeniero mecánico con matrícula profesional vigente en el que anote que la maquina se encuentra en óptimas condiciones técnico mecánicas de acuerdo a los parámetros establecidos por el fabricante para garantizar una operación segura y adecuada.
- [ ] Certificados de idoneidad del operario responsable de la máquina.
- [ ] Carta del responsable de la maquina en donde manifieste expresamente su compromiso de realizar el mantenimiento de acuerdo a los estipulado por el fabricante en el manual de operación y mantenimiento.

Cada vez que la maquinaria tenga que ser retirada de los frentes de obra, deberá informarse del hecho y en caso que sea reincorporada a las actividades de obra deberá presentarse un nuevo certificado expedido por un ingeniero mecánico.
Entregar mensualmente los certificados de materiales proveedores y disposición final de escombros en original expedidos por los proveedores y escombreras utilizados en la obra. Adicionalmente, se verificará los recibos de escombros y materiales contra los certificados.

Firma: x DAIMER JOSE
Nombre: x DAIMER JOSE

Firma:
Nombre:

80-057

Original:Dependencia responsable del contrato
Tera copia : Interventor
Cuarta copia: Contratista

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	

CONTRATANTE	FONDO DE DESARROLLO LOCAL PUENTE ARANDA
CONTRATISTA	CONSORCIO ADA 045

OBJETO DEL CONTRATO

"EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁ D.C, BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE"

LUGAR Y FECHA: Bogotá 08/04/26

NOMBRE DEL PROFESIONAL Tatiana Valderrama

EMPRESA: Consorcio ADA 045

TEMA: Inducción

HORA DE INICIO: 7:00 am HORA DE TERMINACIÓN: 8:00 am

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
Daimer Jose Mesquera	1006581839	Ayudante.	Consorcio ADA	Daimer Jose

[firma] Tatiana V

[nombre]

PROFESIONAL SG-SST

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.

• Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:

- Casco de seguridad.
- Calzado de seguridad.
- Protección auditiva
- Monogafas

• Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.

• Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas

• No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.

• Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.

• Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales

• No pase por debajo de materiales transportados por cualquier maquina.

• No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.

• No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.

• Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las instalaciones

• Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.

- ☐ Trabajo en alturas.
- ☐ **Trabajos en caliente.**
- ☐ **Trabajos en espacios confinados**

• Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento

• Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.

• Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.

• En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial

• No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.

• Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.

• Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.

• Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

• Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.

• Uso de tapabocas obligatorio

• Prohibido el uso de celular en horas laborales

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de salud ocupacional.

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	FIRMA
Daimer Jose Mosquera	100 658 1834	Ayudante.	Sura	Salud total	Colpensiones	x Daimer Jose

Observaciones:

Scanned with CamScanner

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

La empresa CONSORCIO ADA 045, domiciliada en la Ciudad de Bogotá D.C , Representada legalmente por el señor(a) Martin Calderón, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): Darner Jose Mosquera, identificado con cédula de ciudadanía N°: 1006581834 de Riohacha que con motivo del desempeño de sus labores como Ayudante. en esta empresa, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

Resbalones, tropiezos y caídas al desplazarse pudiendo sufrir fracturas óseas en cualquier parte del cuerpo; caídas a desnivel al subir o bajar escalones y al desplazarse; choque eléctrico por falla intrínseca, equipos o conectores defectuosos; entrada de gases, vapores, partículas o cuerpos extraños en el conducto buco-faríngeo; lesiones por contacto con superficies filosas; contacto con equipos y corriente eléctrica; shock eléctrico; lesiones por golpes, objetos proyectados u atrapamientos con máquinas, vehículos, equipos, áreas de oficinas, etc; temperaturas extremas por calor o frío, lumbago ; posturas inadecuadas al levantar peso, al conducir los equipos y herramientas de trabajo, etc; sobrecarga osteo-muscular por posturas incorrectas y movimientos repetitivos; deformaciones músculo esqueléticas; fatiga visual; disminución a largo plazo de la agudeza visual; lesiones visuales por proyección de partículas; disminución a largo plazo de la agudeza auditiva por sonidos de golpe; Intoxicación Química; explosiones e incendios: exposición a factores meteorológicos (lluvia y/o tormentas); lesiones por colisión con otros vehículos y objetos en la vía; colisiones con otros vehículos; arrollamiento por vehículos en movimiento; arrollamiento por vehículos que se desplazan en las vías públicas y de estacionamientos; asalto a mano armada con probabilidad o no de impactos de balas; secuestro y/o extorsión; tensión laboral; acoso laboral; acoso sexual; agresión física, psicológica y/o verbal; exposición a virus, bacterias, hongos, mordeduras de animales, picaduras de insectos.

Scanned with CamScanner

	CONTRATO DE OBRA No. 487-2025	Versión: 01
CONSORCIO FADA 045	"EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁ D.C. BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE"	

De igual manera se le informa que está en el deber de mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, libres de obstáculos, abstenerse de derramar líquidos contaminantes en el piso, cuidar los equipos y herramientas de trabajo y que estos sean usados para este fin, cumplir y hacer cumplir la orden de ***NO FUMAR, NO INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS Y NO CONSUMIR SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICAS*** durante la jornada de trabajo, adoptar en el área de trabajo comportamientos seguros durante el desempeño de sus funciones, tener especial cuidado al manipular equipos, herramientas, líquidos inflamables, también otros objetos como, envases de vidrios, botellas, frascos. Si estos recipientes se utilizarán para envasar líquidos inflamables o tóxicos, deben estar debidamente rotulados según el elemento contenido.

Mantener buena higiene postural, al levantar cargas u objetos pesados de forma manual; tomar todas las medidas adecuadas para evitar accidentes laborales, usar adecuada y constantemente lo elementos y demás equipos de protección personal entregados, portar el carnet de identificación, así mismo tendrá la obligación de reportar por escrito actos y condiciones inseguras que observe o que pueda estar expuesto(a) en su labor.

Firma del Trabajador: x [illegible]

Fecha de Notificación: 08-04-26.

Scanned with CamScanner

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO

DPTO	OPERATIVO	FECHA	08-04-26.
CARGO	Ayudante.	AREA	OPERATIVA

FACTOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.P.P	NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD
Físico	Exposición a ruido continuo	Desconcentración, cefaleas, alteraciones auditivas, hipoacusia.	Guantes de vaqueta, caucho o nitrilo. Gafas de seguridad o monogafas. Protector auditivo de inserción o copa. Tapabocas o respirador. Casco de Seguridad Blanco o Amarillo. Botas de Material o de Caucho. Overol. Chaleco Reflectivo.	Uso de protectores auditivos.
Químico	Exposición a material particulado (polvo)	Afecciones respiratorias en vías aéreas y pulmón, irritación mucosa.		Uso de tapabocas
Mecánico	Caídas al mismo nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.		Señalizar las áreas que representen riesgo. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia. No correr area de trabajo, inspección preoperacional.
	Manipulación de herramientas manuales	Contusiones, golpes, cortaduras, raspones.		Charlas de seguridad sobre manejo seguro de herramientas.
Biológico	Bacterias, hongos, parasitos.	Enfermedades infectocontagiosas, y de la piel.		Uso de guantes de caucho, tapabocas, lavado de manos.
Eléctrico	Conexiones eléctricas. Plantas eléctricas.	Choque eléctrico, electrocución, incendio.		No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas. Identificar redes de energía eléctrica. No hacer conexiones eléctricas ilegales. Mantener tomacorrientes machos y hembras en buen estado.
Ergonómico	Posturas inadecuadas por tiempo prolongado	Lumbalgias, retracciones musculares.	-	Capacitación en higiene postural. Pausas activas.
	Levantamiento y transporte de cargas.	Lumbalgias, hernias, retracciones musculares.	-	Capacitación en el manejo adecuado de cargas.
Seguridad Pública	Inseguridad pública en las vías de desplazamiento.	Asaltos, robos, atracos.	-	Tomar medidas de precaución. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.
Psicosocial	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión.	-	Charla sobre manejo de estrés.
Incendio	Conexiones eléctricas, material combustible.	Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.	-	Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.
Naturales	Terremotos, inundaciones.	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Ayudante.

NOTIFICADO:

NOMBRE: Daimer Jose Mosquera FIRMA: Daimer Jose

C.C.: 1006581834

Puente Aranda
Bogotá
sstconsorciada@gmail.com

Scanned with CamScanner

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vinculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** _____

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: x Daimer Jose

Nombre: Daimer Jose Mosquera

Cédula: 1006581834

Scanned with CamScanner

CONSORCIO ADA 045	**SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST**	ALCALDÍA LOCAL DE PUENTE ARANDA

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Daimer Jose Mosquera CARGO: Ayudante.

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 08-04-26

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente

CONCEPTO	DEFINICIÓN	A	B	C
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro			

Scanned with CamScanner

	B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X
CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? Sura

Yo Daimer Jose Mosquera me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de seguridad, salud en el trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial), reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma Daimer Jose

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

ENTREGA DE DOTACIÓN

NOMBRE: Daimer Jose Mosquera
CARGO: Ayudante.
C.C.: 1006581839

TALLAS: OVEROL: CHAQUETA: 4 BOTAS: 42

PROTECCION PERSONAL

FECHA DE ENTREGA			FIRMA DE RECIBIDO	BOTAS DE SEGURIDAD Y CALZADO		CAMISA	PANTALON	OVEROL COMPLETO	CHAQUETA		CALZADO		
DIA	MES	AÑO		Caucho	Cuero				Impermeable	Liviana	Aux Aseo	Aux Tecnico	Aux portuario
08	04	26	x Daimer	✓	✓			X				X	

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

Scanned with CamScanner

SISTENA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

NOMBRE: Daimer Jose Mosquera
CARGO: Ayudante
C.C.: 1006581859

FECHA DE ENTREGA			FIRMA DE RECIBIDO	PROTECCIÓN VISUAL		PROTECCIÓN RESPIRATORIA				PROTECCIÓN FACIAL Y CABEZA		PROTECCIÓN AUDITIVA		PROTECCIÓN MANUAL			
				MONOGAFAS		MASCARILLA		MEDIA CARA				TAPABOCO		GUANTES			
DIA	MES	AÑO		Blanca	Oscuras	Con filtro	Sin filtro	Gases	Particulado	Desechable	CASCO TIPO	CARETA TIPO	Inserción	Copa	Nitrilo	Vaqueta	Caucho	Otro
08	04	26	[signature]	X			X				X					X	X	

Estando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad y salud en el trabajo, me comprometo a hacer uso adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos. Igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y doy constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.006.581.834**

MOSQUERA PEÑALOZA

APELLIDOS

DAIMER JOSE

NOMBRES

Daimer mosquera

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-JUN-2003**

RIOHACHA
(LA GUAJIRA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA **A+** G.S. RH **M** SEXO

12-ENE-2022 RIOHACHA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-4800100-01276453-M-1006581834-20220118 0077856202A 1 8503816729

MEDILABORAL

Certificado Médico Ocupacional



EMPRESA

CONSORCIO ADA 045

NO. CERTIFICADO	2.189.974	**FECHA**	07/04/2026 9:43 a.m.		**PRESTADOR/SEDE**	BOGOTÁ - SANTA BARBARA	
PENSIONES	COLPENSIONES		**ARL**	NO REFIERE			
EPS	SALUD TOTAL				**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO	
NOMBRES Y APELLIDOS	MOSQUERA PEÑALOZA DAIMER JOSE				**NO. DOCUMENTO**	CC. 1.006.581.834	
TIPO DE CARGO	OPERATIVO				**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA - OFICIOS VARIOS	
EDAD	22	**SEXO**	M	**TELÉFONO** 3052705917	**CORREO**	daimerjosemosquerapeñaloza0@gmail.com	

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

EXÁMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - ESPIROMETRÍA - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - OPTOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD	**OTROS CONCEPTOS**
Apto sin restricciones para el cargo	NA

RECOMENDACIONES GENERALES

+ SE SUGIERE VALORACIÓN CON LOS SERVICIOS DE NUTRICIÓN, ORL, Y OPTOMETRÍA POR PARTE DE SU EPS

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL - REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LIMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS - USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO - PREVENIR EL USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA O DISPOSITIVOS AUDITIVOS DE INSERCIÓN

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA - SE INDICA VALORACIÓN MEDICA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA

SE RETROALIMENTA AL PACIENTE SOBRE HALLAZGOS DE LA CONSULTA, EL PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL PERIÓDICO - DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL SGSST DE LA EMPRESA - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - CONDUCIR CON VISOR CERRADO, NO LLEVAR DEBAJO DEL CASCO TELEFONO O AUDIFONOS DE MUSICA NI INTERCOMUNICADORES ENCENDIDOS; USO ALTERNO DEL TELEFONO; VOLUMEN MODERADO DE LOS DISPOSITIVOS DE USO RECREATIVO; LIMPIEZA AUDITIVA EXTERNA NO INTRODUCIR HISOPOS EN EL CONDUCTO - USO DE EPPA (PROTECCIÓN AUDITIVA) - DE ACUERDO AL NIVEL DE EXPOSICION A RUIDO

RECOMENDACIONES OPTOMETRIA

CORRECCIÓN OPTICA PARA ESFUERZO VISUAL PROLONGADO - REMISION VALORACION OPTOMETRIA FORMULAR CORRECION OPTICA - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR

MEDILABORAL

Certificado Médico Ocupacional



EMPRESA

CONSORCIO ADA 045

NO. CERTIFICADO	2.189.974	**FECHA**	07/04/2026 9:43 a.m.	**PRESTADOR/SEDE**	BOGOTÁ - SANTA BARBARA
PENSIONES	COLPENSIONES	**ARL**	NO REFIERE		
EPS	SALUD TOTAL			**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO
NOMBRES Y APELLIDOS	MOSQUERA PEÑALOZA DAIMER JOSE			**NO. DOCUMENTO**	CC. 1.006.581.834
TIPO DE CARGO	OPERATIVO			**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA - OFICIOS VARIOS
EDAD	22	**SEXO**	M	**TELÉFONO**	3052705917
				CORREO	daimerjosemosqueropeñaloza0@gmail.com

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Yo, MOSQUERA PEÑALOZA DAIMER JOSE, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 1.006.581.834, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

Derechos del titular. De acuerdo con el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, como titular de los datos personales, tengo derecho a: 1. Conocer, actualizar, rectificar, revocar, solicitar supresión de mis datos personales. 2. Solicitar prueba de la autorización otorgada. 3. Presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio si considero que se han vulnerado mis derechos.

La Política de Tratamiento de Datos Personales de MEDICINA LABORAL S.A.S. está disponible en <https://medilaboral.com/documentacion/> donde se especifican los mecanismos y canales para ejercer mis derechos como titular de los datos personales.

Declaro que la información suministrada es veraz, completa y correcta, y manifiesto mi autorización para el tratamiento de mis datos personales conforme a los términos aquí establecidos.
En constancia, firmo:

Aspirante o trabajador

CC. 1.006.581.834

Aspirante o trabajador

CC. 1.006.581.834

Profesional

Dr. RAUL G. PABON D.
Medicina Laboral
T.P. 1016022796

DR.PABON DUARTE RAUL GERARDO RM.1016022796 CC 1016022796 LIC.002077 DE 9-06-2025

ELABORADO Y EMITIDO POR

MEDICINA LABORAL S.A.S. 830142721 SEDE: SANTA BARBARA CRA 7 85 A NO. 123-86 PBX: (601) 770 27 74 BOGOTÁ

Evaluación realizada conforme a la Resolución 1843 del 2025

Confidencial: Este documento es exclusivo de MEDICINA LABORAL S.A.S. por lo que, se encuentra prohibida su divulgación por cualquier medio sin autorización expresa y escrita. www.medilaboral.com

MEDILABORAL

SEÑOR(A):
MOSQUERA PEÑALOZA DAIMER JOSE
CC.: 1006581834

REF. RECOMENDACIONES EMITIDAS EN EL CONCEPTO MÉDICO DE LA IPS.

CORDIAL SALUDO,
EL DÍA 7 DE ABRIL DE 2026 FUE RECIBIDO POR LA EMPRESA EL CONCEPTO MÉDICO DE SU EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL EN EL CUAL NOS INFORMAN LAS SIGUIENTES:

RECOMENDACIONES:

· SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA - SE INDICA VALORACIÓN MEDICA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA

· CONTROL PERIÓDICO - DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL SGSST DE LA EMPRESA - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - CONDUCIR CON VISOR CERRADO, NO LLEVAR DEBAJO DEL CASCO TELEFONO O AUDIFONOS DE MUSICA NI INTERCOMUNICADORES ENCENDIDOS; USO ALTERNO DEL TELEFONO; VOLUMEN MODERADO DE LOS DISPOSITIVOS DE USO RECREATIVO; LIMPIEZA AUDITIVA EXTERNA NO INTRODUCIR HISOPOS EN EL CONDUCTO - USO DE EPPA (PROTECCIÓN AUDITIVA) - DE ACUERDO AL NIVEL DE EXPOSICION A RUIDO

· CORRECCIÓN OPTICA PARA ESFUERZO VISUAL PROLONGADO - REMISION VALORACION OPTOMETRIA FORMULAR CORRECION OPTICA - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR

· + SE SUGIERE VALORACIÓN CON LOS SERVICIOS DE NUTRICIÓN, ORL, Y OPTOMETRÍA POR PARTE DE SU EPS

POR LO ANTERIOR; SOLICITAMOS QUE TRAMITE UNA CITA CON SU MÉDICO TRATANTE DE LA EPS PARA QUE PUEDA HACER EL SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES, A FAVOR DEL CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1072 DE 2015, LA RESOLUCIÓN 0312 DE 2019 Y EL SEGUIMIENTO DE NUESTRO SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

ACEPTO Y RECIBO INFORMACIÓN,

Daimer jose 1006581834 Recibido - 07-04-26

MOSQUERA PEÑALOZA DAIMER JOSE
CC.: 1006581834

ARL | sura

Medellín, 07 de April de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO ADA 045.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC			Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1006561834	MOSQUERA PEÑALOZA DAIMER JOSE	08/04/2026		15421918	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 07/04/2026 15:58:45 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.17.57, 192.230.104.15, 172.16.42.57

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1006581834
NOMBRES	DAIMER JOSE
APELLIDOS	MOSQUERA PEÑALOZA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CESAR
MUNICIPIO	VALLEDUPAR

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/12/2023	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	04/06/2026 18:49:36	**Estación de origen:**	2801:12:c800:2070::1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **DAIMER JOSE MOSQUERA PEÑALOZA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1006581834,** se encuentra afiliado/a desde **25/10/2023** 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 06 de abril de 2026.

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.

	FORMATO REQUISITOS CONTRATO	

FECHA: 19-03-26
NOMBRE: Jonathan Nolasco
CEDULA: 1063735410
CARGO: Ayudante
EMPRESA: Consorcio ADA.

Los siguientes son los requisitos dados en el anexo técnico del contrato de obra publica **N° 487- 2025** celebrado entre el FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA y CONSORCIO ADA 045

PERSONAL

- [ ] HOJA DE VIDA
- [x] EXAMEN OCUPACIONAL
- [x] FOTOCOPIA DE CÉDULA
- [x] CERTIFICADO DE AFILIACIÓN (ARL,EPS,AFP,CCF)

MAQUINARIA

Toda maquinaria y equipo que vaya a ser usado en la ejecución del contrato, debe presentar los siguientes documentos, para revisión y aprobación , como requisito para su ingreso a la obra y posterior operación:

- [ ] Copia del manual de operación y mantenimiento
- [ ] Certificado expedido por un ingeniero mecánico con matricula profesional vigente en el que anote que la maquina se encuentra en óptimas condiciones técnico mecánicas de acuerdo a los parámetros establecidos por el fabricante para garantizar una operación segura y adecuada.
- [ ] Certificados de idoneidad del operario responsable de la máquina.
- [ ] Carta del responsable de la maquina en donde manifieste expresamente su compromiso de realizar el mantenimiento de acuerdo a los estipulado por el fabricante en el manual de operación y mantenimiento.

Cada vez que la maquinaria tenga que ser retirada de los frentes de obra, deberá informarse del hecho y en caso que sea reincorporada a las actividades de obra deberá presentarse un nuevo certificado expedido por un ingeniero mecánico.
Entregar mensualmente los certificados de materiales proveedores y disposición final de escombros en original expedidos por los proveedores y escombreras utilizados en la obra. Adicionalmente, se verificará los recibos de escombros y materiales contra los certificados.

Firma: Jonathan N.
Nombre: Jonathan
TRABAJADOR

Firma:
Nombre:

93-537

Original:Dependencia responsable del contrato
1era copia : Interventor
2da copia: Contratista

Scanned with CamScanner

REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

CONTRATANTE	FONDO DE DESARROLLO LOCAL PUENTE ARANDA
CONTRATISTA	CONSORCIO ADA 045

OBJETO DEL CONTRATO

"EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁ D.C, BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE"

LUGAR Y FECHA: Bogotá

NOMBRE DEL PROFESIONAL Tatiana Valdelecir

EMPRESA: Consorcio ADA 045

TEMA: Inducción

HORA DE INICIO: 7:00 am HORA DE TERMINACIÓN: 8:00 am

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
Jonathan Nolasco	1065135410	Ayudante	Consorcio ADA	xJonathan

(Firma)
(Nombre) PROFESIONAL SG-SST

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o camét de la ARL y EPS.

• Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:

- Casco de seguridad.
- Calzado de seguridad.
- Protección auditiva
- Monogafas

• Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.

• Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas

• No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.

• Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.

• Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales

• No pase por debajo de materiales transportados por cualquier maquina.

• No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.

• No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.

• Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las instalaciones

• Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.

- ☐ Trabajo en alturas.
- ☐ **Trabajos en caliente.**
- ☐ **Trabajos en espacios confinados**

• Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento

• Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.

• Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.

• En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial

• No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.

• Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.

• Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.

• Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

• Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.

• Uso de tapabocas obligatorio

• Prohibido el uso de celular en horas laborales

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de salud ocupacional.

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	FIRMA
Jonathan Velasco	1068135490	Ayudante	Sura	Salud total	Porvenir	Jonathan

Observaciones:

Scanned with CamScanner

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO

DPTO	OPERATIVO	FECHA	19-03-26.
CARGO	Ayudante.	AREA	OPERATIVA

FACTOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.P.P	NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD
Físico	Exposición a ruido continuo	Desconcentración, cefaleas, alteraciones auditivas, hipoacusia.	Guantes de vaqueta, caucho o nitrilo. Gafas de seguridad o monogafas. Protector auditivo de inserción o copa. Tapabocas o respirador. Casco de Seguridad Blanco o Amarillo. Botas de Material o de Caucho. Overol. Chaleco Reflectivo.	Uso de protectores auditivos.
Químico	Exposición a material particulado (polvo)	Afecciones respiratorias en vías aéreas y pulmón, irritación mucosa.		Uso de tapabocas.
Mecánico	Caídas al mismo nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.		Señalizar las áreas que representen riesgo. Supervisar que el área de trabajo se encuentre ordenada y limpia. No corre area de trabajo, inspección preoperacional.
	Manipulación de herramientas manuales	Contusiones, golpes, cortaduras, raspones.		Charlas de seguridad sobre manejo seguro de herramientas.
Biológico	Bacterias, hongos, parasitos.	Enfermedades infectocontagiosas, y de la piel.		Uso de guantes de caucho, tapabocas, lavado de manos.
Eléctrico	Conexiones eléctricas. Plantas eléctricas.	Choque eléctrico, electrocución, incendio.		No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas. Identificar redes de energía eléctrica. No hacer conexiones eléctricas ilegales. Mantener tomacorrientes machos y hembras en buen estado.
Ergonómico	Posturas inadecuadas por tiempo prolongado	Lumbalgias, retracciones musculares.	-	Capacitación en higiene postural. Pausas activas.
	Levantamiento y transporte de cargas.	Lumbalgias, hernias, retracciones musculares.	-	Capacitación en el manejo adecuado de cargas.
Seguridad Pública	Inseguridad pública en las vías de desplazamiento.	Asaltos, robos, atracos.	-	Tomar medidas de precaución. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.
Psicosocial	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión.	-	Charla sobre manejo de estrés.
Incendio	Conexiones eléctricas, material combustible.	Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.	-	Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.
Naturales	Temamotos, inundaciones.	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Ayudante.

NOTIFICADO:

NOMBRE: Jonathan Nolasco FIRMA: xJonathan

C.C.: 1063 155 410.

Puente Aranda
Bogotá
asiconcreciada@gmail.com

Scanned with CamScanner

	CONTRATO DE OBRA No. 487-2025	Versión: 01
CONSORCIO ADA 045	"EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁ D.C, BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE"	

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

La empresa CONSORCIO ADA 045, domiciliada en la Ciudad de Bogotá D.C , Representada legalmente por el señor(a) Martin Calderón, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): Jonathan Nolasco, identificado con cédula de ciudadanía N°: 1063035420 de Montes Cordoba. que con motivo del desempeño de sus labores como Ayudante. en esta empresa, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

Resbalones, tropiezos y caídas al desplazarse pudiendo sufrir fracturas óseas en cualquier parte del cuerpo; caídas a desnivel al subir o bajar escalones y al desplazarse; choque eléctrico por falla intrínseca, equipos o conectores defectuosos; entrada de gases, vapores, partículas o cuerpos extraños en el conducto buco-faríngeo; lesiones por contacto con superficies filosas; contacto con equipos y corriente eléctrica; shock eléctrico; lesiones por golpes, objetos proyectados u atrapamientos con máquinas, vehículos, equipos, áreas de oficinas, etc; temperaturas extremas por calor o frío, lumbago ; posturas inadecuadas al levantar peso, al conducir los equipos y herramientas de trabajo, etc; sobrecarga osteo-muscular por posturas incorrectas y movimientos repetitivos; deformaciones músculo esqueléticas; fatiga visual; disminución a largo plazo de la agudeza visual; lesiones visuales por proyección de partículas; disminución a largo plazo de la agudeza auditiva por sonidos de golpe; Intoxicación Química; explosiones e incendios: exposición a factores meteorológicos (lluvia y/o tormentas); lesiones por colisión con otros vehículos y objetos en la vía; colisiones con otros vehículos; arrollamiento por vehículos en movimiento; arrollamiento por vehículos que se desplazan en las vías públicas y de estacionamientos; asalto a mano armada con probabilidad o no de impactos de balas; secuestro y/o extorsión; tensión laboral; acoso laboral; acoso sexual; agresión física, psicológica y/o verbal; exposición a virus, bacterias, hongos, mordeduras de animales, picaduras de insectos.

Scanned with CamScanner

De igual manera se le informa que está en el deber de mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, libres de obstáculos, abstenerse de derramar líquidos contaminantes en el piso, cuidar los equipos y herramientas de trabajo y que estos sean usados para este fin, cumplir y hacer cumplir la orden de ***NO FUMAR, NO INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS Y NO CONSUMIR SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICAS*** durante la jornada de trabajo, adoptar en el área de trabajo comportamientos seguros durante el desempeño de sus funciones, tener especial cuidado al manipular equipos, herramientas, líquidos inflamables, también otros objetos como, envases de vidrios, botellas, frascos. Si estos recipientes se utilizarán para envasar líquidos inflamables o tóxicos, deben estar debidamente rotulados según el elemento contenido.

Mantener buena higiene postural, al levantar cargas u objetos pesados de forma manual; tomar todas las medidas adecuadas para evitar accidentes laborales, usar adecuada y constantemente lo elementos y demás equipos de protección personal entregados, portar el carnet de identificación, así mismo tendrá la obligación de reportar por escrito actos y condiciones inseguras que observe o que pueda estar expuesto(a) en su labor.

Firma del Trabajador: _____

Fecha de Notificación: 19-03-25

Scanned with CamScanner

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vinculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** _____

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: xJonathan N.

Nombre: Jonathan Nblasco

Cédula: 1063135410.

Scanned with CamScanner

CONSORCIO ADA 045	**SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST**	ALCALDÍA LOCAL DE PUENTE ARANDA

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Jonathan Velasco CARGO: Ayudante

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 19-03-26

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**F**	**V**
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**A**	**B**	**C**
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro			

Scanned with CamScanner

	B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X
CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? Sura

Yo Jonathan Nolasco. me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de seguridad, salud en el trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial), reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma Jonathan

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA



NUMERO **1.063.135.410**

NOLASCO DIAZ

APELLIDOS

JONATHAN

NOMBRES

Jonathan Nolasco

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-SEP-2003**

LORICA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

12-NOV-2021 MOÑITOS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1302700-01272541-M-1063135410-20211211 **00773**28065A 1 8503405061

ARL | sura

Medellín, 18 de March de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO ADA 045.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1063135410	NOLASCO DIAZ JONATHAN	19/03/2026		s2321514	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 18/03/2026 15:47:40 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.17.139, 198.143.41.44, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MEDILABORAL

Certificado Médico Ocupacional



EMPRESA

CONSORCIO ADA 045

NO. CERTIFICADO	2.177.559	**FECHA**	18/03/2026 2:32 p.m.	**PRESTADOR/SEDE**	BOGOTÁ - SANTA BARBARA
PENSIONES	PORVENIR	**ARL**	SURA		
EPS	SALUD TOTAL			**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO
NOMBRES Y APELLIDOS	NOLASCO DIAZ JONATHAN			**NO. DOCUMENTO**	CC. 1.063.135.410
TIPO DE CARGO	OPERATIVO			**CARGO U OFICIO**	OFICIAL DE OBRA CIVIL
EDAD	22	**SEXO**	M	**TELÉFONO**	3156860100
CORREO	nolascodiazjonathan201@gmail.com				

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

EXÁMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - ESPIROMETRÍA - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - OPTOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Apto sin restricciones para el cargo	NA

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR PROCESOS DE CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PROPIOS Y EL ADECUADO USO DE EPP PARA EL OFICIO A REALIZAR - SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

DEJAR DE FUMAR. - SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA - VALORACIÓN POR OFTALMOLOGÍA

SE RETROALIMENTA AL PACIENTE SOBRE HALLAZGOS DE LA CONSULTA, EL PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL PERIÓDICO - DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL SGSST DE LA EMPRESA - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - CONDUCIR CON VISOR DE CASCO CERRADO, ALTERNAR USO DEL TELEFONO CELULAR, NO USO DE HISOPOS , NO LAVADOS AUDITIVOS, NO INTRODUCIR OBJETOS DENTRO DEL CONDUCTO AUDITIVOS, EVITAR EXPOSICION A RUIDO ALTO, UTILIZAR VOLUMEN MODERADO DEL TELEVISOR - USO DE EPPA (PROTECCIÓN AUDITIVA) - DE ACUERDO AL NIVEL DE EXPOSICION A RUIDO

RECOMENDACIONES OPTOMETRIA

CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - NO USO DE CORRECCION OPTICA - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Yo, NOLASCO DIAZ JONATHAN, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 1.063.135.410, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que los reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

Derechos del titular: De acuerdo con el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, como titular de los datos personales, tengo derecho a: 1. Conocer, actualizar, rectificar, revocar, solicitar supresión de mis datos personales. 2. Solicitar prueba de la autorización otorgada. 3. Presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio si considero que se han vulnerado mis derechos.

La Política de Tratamiento de Datos Personales de MEDICINA LABORAL S.A.S. está disponible en <https://medilaboral.com/documentacion/> donde se especifican los mecanismos y canales para ejercer mis derechos como titular de los datos personales.

Declaro que la información suministrada es veraz, completa y correcta, y manifiesto mi autorización para el tratamiento de mis datos personales conforme a los términos aquí establecidos.
En constancia, firmo:

Aspirante o trabajador

CC. 1.063.135.410

MEDILABORAL

Certificado Médico Ocupacional



EMPRESA

CONSORCIO ADA 045

NO. CERTIFICADO	2.177.559	**FECHA**	18/03/2026 2:32 p.m.	**PRESTADOR/SEDE**	BOGOTÁ - SANTA BARBARA
PENSIONES	PORVENIR	**ARL**	SURA		
EPS	SALUD TOTAL			**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO
NOMBRES Y APELLIDOS	NOLASCO DIAZ JONATHAN			**NO. DOCUMENTO**	C.C. 1.063.135.410
TIPO DE CARGO	OPERATIVO			**CARGO U OFICIO**	OFICIAL DE OBRA CIVIL
EDAD	22	**SEXO**	M	**TELÉFONO**	3156860100
				CORREO	nolascodiazjonathan201@gmail.com

Aspirante o trabajador

C.C. 1.063.135.410

Profesional

DR. RONDON PEREZ SILVIO AUGUSTO R.M. 4738/92 CC79157105 LIC. 234 DE 10-01-2018

ELABORADO Y EMITIDO POR

MEDICINA LABORAL S.A.S. 830142721 SEDE: SANTA BARBARA CRA 7 85 A NO. 123-86 PBX: (601) 770 27 74 BOGOTÁ

Evaluación realizada conforme a la Resolución 1843 del 2025

Confidencial: Este documento es exclusivo de MEDICINA LABORAL S.A.S. por lo que, se encuentra prohibida su divulgación por cualquier medio sin autorización expresa y escrita. www.medilaboral.com

MEDILABORAL

SEÑOR(A):
NOLASCO DIAZ JONATHAN
CC.: 1063135410

REF. RECOMENDACIONES EMITIDAS EN EL CONCEPTO MÉDICO DE LA IPS.

CORDIAL SALUDO,
EL DÍA 18 DE MARZO DE 2026 FUE RECIBIDO POR LA EMPRESA EL CONCEPTO MÉDICO DE SU EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL EN EL CUAL NOS INFORMAN LAS SIGUIENTES:

RECOMENDACIONES:

· DEJAR DE FUMAR. - SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA - VALORACIÓN POR OFTALMOLOGÍA

· CONTROL PERIÓDICO - DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL SGSST DE LA EMPRESA - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - CONDUCIR CON VISOR DE CASCO CERRADO, ALTERNAR USO DEL TELEFONO CELULAR, NO USO DE HISOPOS , NO LAVADOS AUDITIVOS, NO INTRODUCIR OBJETOS DENTRO DEL CONDUCTO AUDITIVOS, EVITAR EXPOSICION A RUIDO ALTO, UTILIZAR VOLUMEN MODERADO DEL TELEVISOR - USO DE EPPA (PROTECCIÓN AUDITIVA) - DE ACUERDO AL NIVEL DE EXPOSICION A RUIDO

· CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - NO USO DE CORRECCION OPTICA - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR

POR LO ANTERIOR: SOLICITAMOS QUE TRAMITE UNA CITA CON SU MÉDICO TRATANTE DE LA EPS PARA QUE PUEDA HACER EL SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES, A FAVOR DEL CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1072 DE 2015, LA RESOLUCIÓN 0312 DE 2019 Y EL SEGUIMIENTO DE NUESTRO SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

ACEPTO Y RECIBO INFORMACIÓN,

NOLASCO DIAZ JONATHAN
CC.: 1063135410

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

SaludTotal EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016571411	3[7][0][5][0][2][0]

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

1.Tipo de tramite	2.Tipo afiliacion	3.Regimen	4.Contribución Solidaria
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectivo ☐ C. Institucional ☐ A. Individual ☐ Cotizante Cabeza de familia ☒ Beneficiario o afiliado adicional ☐ D. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐	SI ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7.Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

9.Apellidos y nombres			
MOLASCO (Primer apellido)	DIAZ (Segundo apellido)	JONATHAN (Primer nombre)	(Segundo nombre)

9.Tipo documento de identidad	10.Numero del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación	
CC	1003135490	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento					15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: CORDOBA	Municipio: LORICA			08[09][2000]

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos generales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐	No ☒
6		Categoria Discapacidad		

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR PPC	1000000	

26.Residencia			
DG 43 1 A 20 IN 12 Dirección	Telefono fijo	3156869180 Telefono celular	MOLASCODIAZJONATHAN93@GMAIL.COM Correo electronico

BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/Distrito	CHAPINERO Localidad / comuna	zona: Urbana cabecera municipal ☐ Urbana centro poblado ☒ Rural dispersa ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad	29. Numero documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación					
		Femenino ☐	Masculino ☐	F ☐	M ☐	T ☐	NB ☐	Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

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

	35. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
01				
02				
03				
04				
05				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
01															
02															
03															
04															
05															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
01													
02													
03													
04													
05													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural	Telefono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01								
02								
03								
04								
05								

	Direccion	Localidad/Comuna	Correo Electronico
01			
02			
03			
04			
05			

Selección de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS CHAPINERO - VS CHAPINERO	VSCHAPINER - VSCHAPINER
M	-	-
S	-	-
D	-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
CONSORCIO AGA 0	NIT	900316742	01

59.Ubicacion				
AV DG 8 113 52 Dirección	9729806 Telefono fijo o celular	RH.CONSORCIOAGA@GMAIL.COM Correo electronico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/Distrito

No de Radicacion
4016571411

5. REPORTE DE NOVEDADES

50. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  Código: ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código: ☐
- ☐ 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. Inscripción EPS retorno al país
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ 14. Movilidad ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 15. Traslado ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- ☐ 17. Reporte del traslado de protección al pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ 20. Ingreso a contribución solidaria
- ☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	62. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	63.Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	64.Fecha de nacimiento
☐				

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	18/03/2025	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

70. ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo/Especial o de Excepción.

71. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

72. ☐ Declaración de no afiliación del cotizante cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud.

73. ☒ 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.

74. ☒ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del solicitante o novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por ley funcionen la requieran.

75. ☒ 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.

76. ☐ Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o celular como mensaje de texto.

77. ☐ Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.

78. ☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y los tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sistema vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria.

Apellidos y nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad
☐	

IX. FIRMAS

Jonathan Velasco	
80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

X. ANEXOS

- ☐ 82.Anexo Copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐
  Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ 83. Copia del dictamen de invalidez permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública para de cancelación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 87.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 88.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 padres.
- ☐ 89.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ 90.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 91.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conozca la calidad de beneficiario o en ostente la afiliación de oficio.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario
☐		
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones:

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

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JONATHAN ~~NOLASCO~~ DIAZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.063.135.410**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 25 de Marzo del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

	FORMATO REQUISITOS CONTRATO	

FECHA: 07 de Abril de 2026
NOMBRE: Javeson Ambrio Ceballos Saavedra
CEDULA: 14399938
CARGO: Auxiliar de Obra
EMPRESA: Consorcio ADA

Los siguientes son los requisitos dados en el anexo técnico del contrato de obra publica **N° 487- 2025** celebrado entre el FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA y CONSORCIO ADA 045

PERSONAL

- [ ] HOJA DE VIDA
- [x] EXAMEN OCUPACIONAL
- [x] FOTOCOPIA DE CÉDULA
- [x] CERTIFICADO DE AFILIACIÓN (ARL,EPS,AFP,CCF)

MAQUINARIA

Toda maquinaria y equipo que vaya a ser usado en la ejecución del contrato, debe presentar los siguientes documentos, para revisión y aprobación , como requisito para su ingreso a la obra y posterior operación:

- [ ] Copia del manual de operación y mantenimiento
- [ ] Certificado expedido por un ingeniero mecánico con matricula profesional vigente en el que anote que la maquina se encuentra en óptimas condiciones técnico mecánicas de acuerdo a los parámetros establecidos por el fabricante para garantizar una operación segura y adecuada.
- [ ] Certificados de idoneidad del operario responsable de la máquina.
- [ ] Carta del responsable de la maquina en donde manifieste expresamente su compromiso de realizar el mantenimiento de acuerdo a los estipulado por el fabricante en el manual de operación y mantenimiento.

Cada vez que la maquinaria tenga que ser retirada de los frentes de obra, deberá informarse del hecho y en caso que sea reincorporada a las actividades de obra deberá presentarse un nuevo certificado expedido por un ingeniero mecánico.
Entregar mensualmente los certificados de materiales proveedores y disposición final de escombros en original expedidos por los proveedores y escombreras utilizados en la obra. Adicionalmente, se verificará los recibos de escombros y materiales contra los certificados.

(Firma) (Nombre) TRABAJADOR

(Firma) (Nombre) SG-SST

Original Dependencia responsable del contrato
Tera copia : Interventor
Ota copia: Contratista

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	

CONTRATANTE	FONDO DE DESARROLLO LOCAL PUENTE ARANDA
CONTRATISTA	CONSORCIO ADA 045

OBJETO DEL CONTRATO

"EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁ D.C. BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE"

LUGAR Y FECHA: Bogotá 07/04/2026

NOMBRE DEL PROFESIONAL Tatiana Valdeleón

EMPRESA: Consorcio ADA 045

TEMA: Inducción

HORA DE INICIO: 7:00 am HORA DE TERMINACIÓN: 8:00 am

TIPO

INDUCCIÓN [X] CAPACITACIÓN [ ]

CHARLA INFORMATIVA [ ] ENTRENAMIENTO [ ]

OTRO [ ]

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
Jackson Antonio Caballero S	14399938	Auxiliar de Obra	Consorcio ADA	

Firma

(nombre)

PROFESIONAL SG-SST

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.

• Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:

- Casco de seguridad.
- Calzado de seguridad.
- Protección auditiva
- Monogafas

• Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.

• Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas

• No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.

• Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.

• Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales

• No pase por debajo de materiales transportados por cualquier maquina.

• No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.

• No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.

• Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las instalaciones

• Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.

- ☐ Trabajo en alturas.
- ☐ Trabajos en caliente.
- ☐ Trabajos en espacios confinados

• Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento

• Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.

• Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.

• En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial

• No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.

• Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.

• Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.

• Antes de ingresar a laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

• Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.

• Uso de tapabocas obligatorio

• Prohibido el uso de celular en horas laborales

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de salud ocupacional.

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	FIRMA
Jackson Ambuila Caballero	1939993	Aux. de Obra	Sura	Salud Total	Colfondos	

Observaciones:

Scanned with CamScanner

	CONTRATO DE OBRA No. 487-2025	Versión: 01
CONSORCIO ADA 045	"EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁ D.C, BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE"	

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

La empresa CONSORCIO ADA 045, domiciliada en la Ciudad de Bogotá D.C , Representada legalmente por el señor(a) Martin Calderón, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): Jackson Antonio Caballo Saavedra, identificado con cédula de ciudadanía N°: 14399938 de Ibagué que con motivo del desempeño de sus labores como Auxiliar de Obra en esta empresa, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

Resbalones, tropiezos y caídas al desplazarse pudiendo sufrir fracturas óseas en cualquier parte del cuerpo; caídas a desnivel al subir o bajar escalones y al desplazarse; choque eléctrico por falla intrinseca, equipos o conectores defectuosos; entrada de gases, vapores, particulas o cuerpos extraños en el conducto buco-faringeo; lesiones por contacto con superficies filosas; contacto con equipos y corriente eléctrica; shock eléctrico; lesiones por golpes, objetos proyectados u atrapamientos con máquinas, vehiculos, equipos, áreas de oficinas, etc; temperaturas extremas por calor o frio, lumbago ; posturas inadecuadas al levantar peso, al conducir los equipos y herramientas de trabajo, etc; sobrecarga osteo-muscular por posturas incorrectas y movimientos repetitivos; deformaciones músculo esqueléticas; fatiga visual; disminución a largo plazo de la agudeza visual; lesiones visuales por proyección de partículas; disminución a largo plazo de la agudeza auditiva por sonidos de golpe; Intoxicación Química; explosiones e incendios: exposición a factores meteorológicos (lluvia y/o tormentas); lesiones por colisión con otros vehículos y objetos en la via; colisiones con otros vehículos; arrollamiento por vehículos en movimiento; arrollamiento por vehículos que se desplazan en las vías públicas y de estacionamientos; asalto a mano armada con probabilidad o no de impactos de balas; secuestro y/o extorsión; tensión laboral; acoso laboral; acoso sexual; agresión física, psicológica y/o verbal; exposición a virus, bacterias, hongos, mordeduras de animales, picaduras de insectos.

Scanned with CamScanner

De igual manera se le informa que está en el deber de mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, libres de obstáculos, abstenerse de derramar líquidos contaminantes en el piso, cuidar los equipos y herramientas de trabajo y que estos sean usados para este fin, cumplir y hacer cumplir la orden de ***NO FUMAR, NO INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS Y NO CONSUMIR SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICAS*** durante la jornada de trabajo, adoptar en el área de trabajo comportamientos seguros durante el desempeño de sus funciones, tener especial cuidado al manipular equipos, herramientas, líquidos inflamables, también otros objetos como, envases de vidrios, botellas, frascos. Si estos recipientes se utilizarán para envasar líquidos inflamables o tóxicos, deben estar debidamente rotulados según el elemento contenido.

Mantener buena higiene postural, al levantar cargas u objetos pesados de forma manual; tomar todas las medidas adecuadas para evitar accidentes laborales, usar adecuada y constantemente lo elementos y demás equipos de protección personal entregados, portar el carnet de identificación, así mismo tendrá la obligación de reportar por escrito actos y condiciones inseguras que observe o que pueda estar expuesto(a) en su labor.

Firma del Trabajador: _____

Fecha de Notificación: 07-04-26

Scanned with CamScanner

CONSORCIO PUENTE ARANDA	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO

DPTO	OPERATIVO	FECHA	07 Abril 2026
CARGO	Auxiliar de Obra	AREA	OPERATIVA

FACTOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.P.P	NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD
Físico	Exposición a ruido continuo	Desconcentración, cefaleas, alteraciones auditivas, hipoacusia	Guantes de vaqueta, caucho o nitrilo. Gafas de seguridad o monogafas. Protector auditivo de inserción o copa. Tapabocas o respirador. Casco de Seguridad Blanco o Amarillo. Botas de Material o de Caucho. Overol. Chaleco Reflectivo.	Uso de protectores auditivos.
Químico	Exposición a material particulado (polvo)	Afecciones respiratorias en vías aéreas y pulmón, irritación mucosa.		Uso de tapabocas.
Mecánico	Caídas al mismo nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.		Señalizar las áreas que representen riesgo. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia. No corre area de trabajo, inspección preoperacional.
	Manipulación de herramientas manuales	Contusiones, golpes, cortaduras, raspones.		Charlas de seguridad sobre manejo seguro de herramientas.
Biológico	Bacterias, hongos, parasitos.	Enfermedades infectocontagiosas, y de la piel.		Uso de guantes de caucho, tapabocas, lavado de manos.
Eléctrico	Conexiones eléctricas. Plantas eléctricas.	Choque eléctrico, electrocución, incendio.		No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas. Identificar redes de energía eléctrica. No hacer conexiones eléctricas ilegales. Mantener tomacorrientes machos y hembras en buen estado.
Ergonómico	Posturas inadecuadas por tiempo prolongado	Lumbalgias, retracciones musculares.	-	Capacitación en higiene postural. Pausas activas.
	Levantamiento y transporte de cargas.	Lumbalgias, hernias, retracciones musculares.	-	Capacitación en el manejo adecuado de cargas.
Seguridad Pública	Inseguridad pública en las vías de desplazamiento.	Asaltos, robos, atracos.	-	Tomar medidas de precaución. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.
Psicosocial	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión.	-	Charla sobre manejo de estrés.
Incendio	Conexiones eléctricas, material combustible.	Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.	-	Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.
Naturales	Terremotos, inundaciones.	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Auxiliar de Obra

NOTIFICADO:

NOMBRE: Jackson Antonio Caballero Saavedra FIRMA:

C.C.: 1143999338

Scanned with CamScanner

Lugar: _____

Fecha: _____

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vinculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** _____

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: _____

Nombre: Jackson Antonio Caballos Saavedra

Cédula: 1139938

Scanned with CamScanner

CONSORCIO ADA 045	**SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST**	ALCALDÍA LOCAL DE PUENTE ARANDA

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Jacksun Antonio Caballos S CARGO: Auxiliar de aseo

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 07/04/2026

APROBÓ ___ NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		✓
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		✓
ENFERMEDAD-LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		✓

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente

CONCEPTO	DEFINICIÓN	A	B	C
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	✓		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			✓
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		✓	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro			

Scanned with CamScanner

	B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			✓
CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	✓		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			✓
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		✓	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? SURA

Yo Jaceson Antonio Ceballos Saavedra me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de seguridad, salud en el trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial), reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma _____

Scanned with CamScanner

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	

ENTREGA DE DOTACIÓN

NOMBRE: Jaerson Antonio Caballos Saavedra
CARGO: Auxiliar de Aseo
C.C.: 1439993 8

TALLAS — OVEROL: ✓ CHAQUETA: BOTAS: ✓

PROTECCIÓN PERSONAL

FECHA DE ENTREGA			FIRMA DE RECIBIDO	BOTAS DE SEGURIDAD/CALZADO		CAMISA	PANTALÓN	OVEROL COMPLETO	CHAQUETA		CHALECO		
DIA	MES	AÑO		Caucho	Cuero				Impermeable	Calidad	Aux Aseo	Aux Tráfico	Aux profesional
09	01	26			✓			✓					

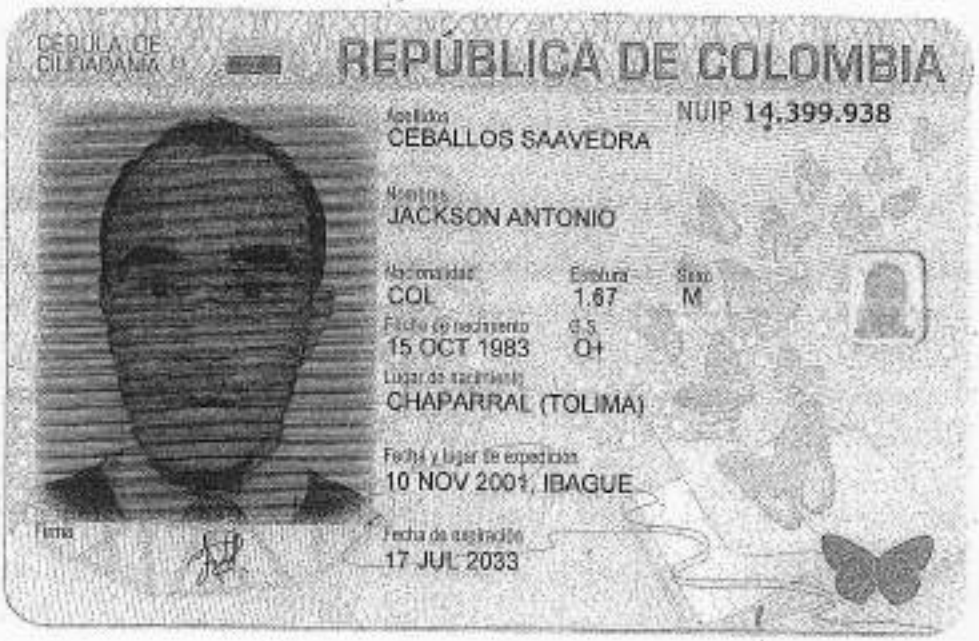
Estoy cumpliendo el Reglamento Interno de Trabajo y el Reglamento de Higiene y Seguridad y Salud en el Trabajo, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y dejo constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

Scanned with CamScanner

FECHA DE ENTREGA			FIRMA RECIBIDO	PROTECCIÓN VISUAL		PROTECCIÓN RESPIRATORIA					PROTECCIÓN FACIAL Y CABEZA		PROTECCIÓN AUDITIVA		PROTECCION MANUAL			
				MONOGAFAS		MASCARILLA		MEDIA CARA		Desechable	CASCO TIPO	CARETA TIPO	TAPADOIDO		GUANTES			
DIA	MES	AÑO		Blanca	Oscuras	Con filtro	Sin filtro	Gases	Particulado				Inserción	Copa	Nitrilo	Vaqueta	Caucho	Otro
				✓						✓	✓				✓		✓	

Dando cumplimento al Reglamento Interno de Trabajo y al Reglamento de Higiene y Seguridad y salud en el trabajo, me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos, igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección peligros entregado y doy constancia que son elementos sin ningún tipo de uso previo.

Scanned with CamScanner


CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 14.399.938

Apellidos
CEBALLOS SAAVEDRA

Nombres
JACKSON ANTONIO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.67

Sexo
M

Fecha de nacimiento
15 OCT 1983

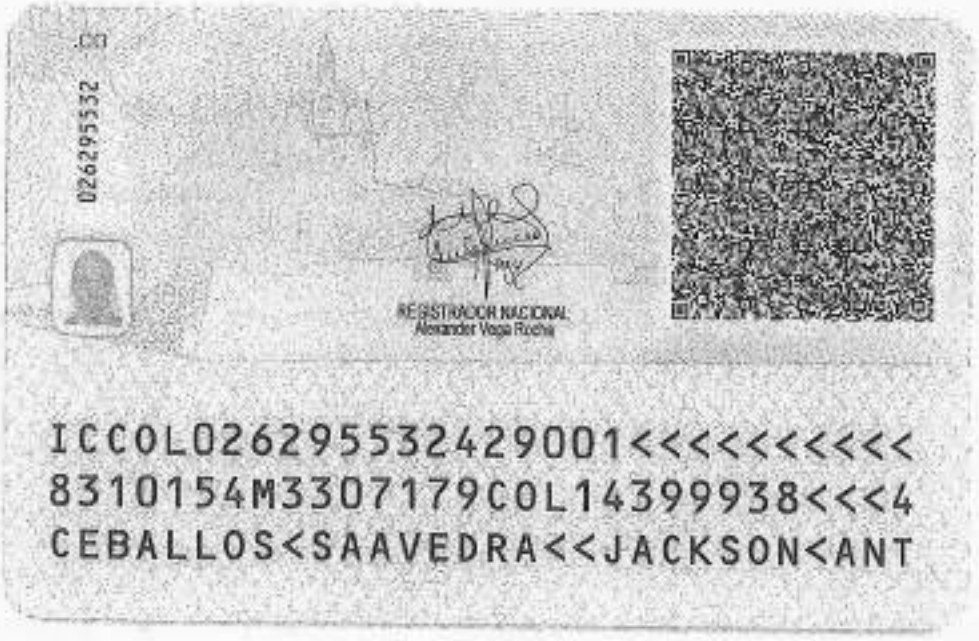
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
CHAPARRAL (TOLIMA)

Fecha y lugar de expedicion
10 NOV 2001, IBAGUE

Firma

Fecha de expiracion
17 JUL 2033


CO

026295532

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL026295532429001<<<<<<<<<<<
8310154M3307179COL14399938<<<4
CEBALLOS<SAAVEDRA<<JACKSON<ANT

MEDILABORAL

Certificado Médico Ocupacional



EMPRESA

CONSORCIO GRUPO BOSA

NO. CERTIFICADO	2.188.700	**FECHA**	06/04/2026 8:07 a.m.	**PRESTADOR/SEDE**	BOGOTÁ - SANTA BARBARA
PENSIONES	COLFONDOS	**ARL**	NO REFIERE		
EPS	SALUD TOTAL			**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO
NOMBRES Y APELLIDOS	CEBALLOS SAAVEDRA JACKSON ANTONIO			**NO. DOCUMENTO**	CC. 14.399.938
TIPO DE CARGO	OPERATIVO			**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA - OFICIOS VARIOS
EDAD	42	**SEXO**	M	**TELÉFONO**	3169723907
				CORREO	jackcesaav@gmail.com

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

EXÁMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - ESPIROMETRÍA - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - OPTOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Apto con restricciones para el cargo **Vigencia de las restricciones:** 3 Meses	NA

RESTRICCIONES

PUEDE LABORAR EVITANDO EXPOSICIÓN A RUIDO IGUAL O SUPERIOR A 85 DECIBELES Y EVITANDO USO DE MAQUINARIA O HERRAMIENTAS COMPLEJAS QUE REQUIERAN VISIÓN DE DETALLE Y PRECISIÓN.

RECOMENDACIONES GENERALES

CONTROL Y SEGUIMIENTO POR OTORRINO EN EPS.

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS - HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL - REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LIMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS - USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN CONSERVACIÓN AUDITIVA - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN CONSERVACIÓN VISUAL

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS

SE RETROALIMENTA AL PACIENTE SOBRE HALLAZGOS DE LA CONSULTA. EL PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL PERIÓDICO - DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL SGSST DE LA EMPRESA - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - LIMPIEZA EXTERNA DE OIDOS, EVITAR RUIDOS FUERTES, MÚSICA A ALTO VOLUMEN, NO USO DE HISOPOS U OTRO OBJETO DENTRO DE LOS OIDOS, ALTERNAR USO DE CELULAR - USO DE EPPA (PROTECCIÓN AUDITIVA) - DE ACUERDO A NIVEL DE EXPOSICION A RUIDO - VALORACIÓN CLINICA AUDIOLÓGICA - ESTUDIO CLINICO AUDITIVO COMPLETO EN EPS PARA DETERMINAR HALLAZGOS AUDITIVOS BILATERALMENTE.

RECOMENDACIONES OPTOMETRIA

CORRECCIÓN OPTICA PARA ESFUERZO VISUAL PROLONGADO - REMISION VALORACION OPTOMETRIA FORMULAR CORRECION OPTICA - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR

MEDILABORAL

Certificado Médico Ocupacional

EMPRESA

CONSORCIO GRUPO BOSA



NO. CERTIFICADO	2.188.700	**FECHA**	06/04/2026 8:07 a.m.	**PRESTADOR/SEDE**	BOGOTÁ - SANTA BARBARA
PENSIONES	COLFONDOS	**ARL**	NO REFIERE		
EPS	SALUD TOTAL			**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO
NOMBRES Y APELLIDOS	CEBALLOS SAAVEDRA JACKSON ANTONIO			**NO. DOCUMENTO**	CC. 14.399.938
TIPO DE CARGO	OPERATIVO			**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA - OFICIOS VARIOS
EDAD	42	**SEXO**	M	**TELÉFONO**	3169723907	**CORREO**	jackcesaav@gmail.com

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Yo, CEBALLOS SAAVEDRA JACKSON ANTONIO, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 14.399.938, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que los reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

Derechos del titular: De acuerdo con el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, como titular de los datos personales, tengo derecho a: 1. Conocer, actualizar, rectificar, revocar, solicitar supresión de mis datos personales. 2. Solicitar prueba de la autorización otorgada. 3. Presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio si considero que se han vulnerado mis derechos.

La Política de Tratamiento de Datos Personales de MEDICINA LABORAL S.A.S. está disponible en <https://medilaboral.com/documentacion/> donde se especifican los mecanismos y canales para ejercer mis derechos como titular de los datos personales.

Declaro que la información suministrada es veraz, completa y correcta, y manifiesto mi autorización para el tratamiento de mis datos personales conforme a los términos aquí establecidos.

En constancia, firma:

Aspirante o trabajador

CC. 14.399.938

Aspirante o trabajador

CC. 14.399.938

Profesional

RITA E. FLOREZ C.
Méd. Esp. Salud Ocupacional
Universidad El Bosque
Lic. 4663 28 de Abril 2019
CC. 26257969

DRA. RITA ESTHER FLOREZ CASTILLO R.M 4306/87 CC26257969 LIC. 4663 DE 29/04/2019

ELABORADO Y EMITIDO POR

MEDICINA LABORAL S.A.S. 830142721 SEDE: SANTA BARBARA CRA 7 BIS A NO. 123-86 PBX: (601) 770 27 74 BOGOTÁ

Evaluación realizada conforme a la Resolución 1843 del 2025

Confidencial: Este documento es exclusivo de MEDICINA LABORAL S.A.S. por lo que, se encuentra prohibida su divulgación por cualquier medio sin autorización expresa y escrita. www.medilaboral.com

MEDILABORAL

SEÑOR(A):
CEBALLOS SAAVEDRA JACKSON ANTONIO
CC.: 14399938

REF. RECOMENDACIONES EMITIDAS EN EL CONCEPTO MÉDICO DE LA IPS.

CORDIAL SALUDO,
EL DÍA 6 DE ABRIL DE 2026 FUE RECIBIDO POR LA EMPRESA EL CONCEPTO MÉDICO DE SU EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL EN EL CUAL NOS INFORMAN LAS SIGUIENTES:

RECOMENDACIONES:

- SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS
- CONTROL PERIÓDICO - DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL SGSST DE LA EMPRESA - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - LIMPIEZA EXTERNA DE OIDOS, EVITAR RUIDOS FUERTES, MÚSICA A ALTO VOLUMEN, NO USO DE HISOPOS U OTRO OBJETO DENTRO DE LOS OIDOS, ALTERNAR USO DE CELULAR - USO DE EPPA (PROTECCIÓN AUDITIVA) - DE ACUERDO A NIVEL DE EXPOSICION A RUIDO - VALORACIÓN CLINICA AUDIOLÓGICA - ESTUDIO CLINICO AUDITIVO COMPLETO EN EPS PARA DETERMINAR HALLAZGOS AUDITIVOS BILATERALMENTE.
- CORRECCIÓN OPTICA PARA ESFUERZO VISUAL PROLONGADO - REMISION VALORACION OPTOMETRIA FORMULAR CORRECION OPTICA - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR
- CONTROL Y SEGUIMIENTO POR OTORRINO EN EPS.

POR LO ANTERIOR; SOLICITAMOS QUE TRAMITE UNA CITA CON SU MÉDICO TRATANTE DE LA EPS PARA QUE PUEDA HACER EL SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES. A FAVOR DEL CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1072 DE 2015, LA RESOLUCIÓN 0312 DE 2019 Y EL SEGUIMIENTO DE NUESTRO SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

ACEPTO Y RECIBO INFORMACIÓN,

Recibido 06/04/2026

CEBALLOS SAAVEDRA JACKSON ANTONIO
CC.: 14399938

ARL | sura

Medellín, 06 de April de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO ADA 045.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C14399936	CEBALLOS JACKSON ANTONIO	07/04/2026		9195B36Q	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 06/04/2026 14:57:34 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.17.57, 192.230.104.15, 172.16.42.57

Salud Total EPS

CERTIFICAQue el (la) señor(a) CEBALLOS SAAVEDRA JACKSON ANTONIO con documento de identidad C 14399938, a la fecha de expedición de la presente comunicación, consta en nuestra base de datos del Régimen Subsidiado en estado Activo(a) en la ciudad de Bogotá, desde Noviembre 18 de 2025.

Recuerde que cuando adquiera nuevamente un vínculo laboral su cobertura en salud lo será dada nuevamente por nosotros bajo el Régimen Contributivo.

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Se expide el día 5 de Abril del 2026 atendiendo la solicitud del interesado.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

F371-RVA V 1.0 - 2015

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JACKSON ANTONIO CEBALLOS SAAVEDRA identificado(a) con C.C No. 14.399.938, se encuentra afiliado(a) a Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 05 de abril del 2026.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada 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 PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

C&R

Gerencia de cuentas y recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

	FORMATO REQUISITOS CONTRATO	

FECHA: 14 de Abril 2026
NOMBRE: Sharon Dayana Muñoz Jimenez
CEDULA: 1072960873
CARGO: Ayudante de obra
EMPRESA: Consorcio ADA5

Los siguientes son los requisitos dados en el anexo técnico del contrato de obra publica **N° 487- 2025** celebrado entre el FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA y CONSORCIO ADA 045

PERSONAL

- [ ] HOJA DE VIDA
- [x] EXAMEN OCUPACIONAL
- [x] FOTOCOPIA DE CÉDULA
- [x] CERTIFICADO DE AFILIACIÓN (ARL,EPS,AFP,CCF)

MAQUINARIA

Toda maquinaria y equipo que vaya a ser usado en la ejecución del contrato, debe presentar los siguientes documentos, para revisión y aprobación , como requisito para su ingreso a la obra y posterior operación:

- [ ] Copia del manual de operación y mantenimiento
- [ ] Certificado expedido por un ingeniero mecánico con matricula profesional vigente en el que anote que la maquina se encuentra en óptimas condiciones técnico mecánicas de acuerdo a los parámetros establecidos por el fabricante para garantizar una operación segura y adecuada.
- [ ] Certificados de idoneidad del operario responsable de la máquina.
- [ ] Carta del responsable de la maquina en donde manifieste expresamente su compromiso de realizar el mantenimiento de acuerdo a los estipulado por el fabricante en el manual de operación y mantenimiento.

Cada vez que la maquinaria tenga que ser retirada de los frentes de obra, deberá informarse del hecho y en caso que sea reincorporada a las actividades de obra deberá presentarse un nuevo certificado expedido por un ingeniero mecánico.
Entregar mensualmente los certificados de materiales proveedores y disposición final de escombros en original expedidos por los proveedores y escombreras utilizados en la obra. Adicionalmente, se verificará los recibos de escombros y materiales contra los certificados.

Firma: _____ (Nombre) TRABAJADOR

Firma: _____ (Nombre) SG-SST

Original: Dependencia responsable del contrato
Tera copia : Interventor
2da copia: Contratista

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	

CONTRATANTE	FONDO DE DESARROLLO LOCAL PUENTE ARANDA
CONTRATISTA	CONSORCIO ADA 045

OBJETO DEL CONTRATO

"EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁ D.C, BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE"

LUGAR Y FECHA: Bogotá 11/04/26

NOMBRE DEL PROFESIONAL Tatiana Valderrama

EMPRESA: Consorcio ADA 045

TEMA: Inducción

HORA DE INICIO: 7:00 am HORA DE TERMINACIÓN: 3:00 pm

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
Sharon Dayana Muñoz	1072960877	Aprendiz SENA	Consorcio ADA1	

(Firma)
(Nombre)

PROFESIONAL SG-SST

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.

• Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:

- Casco de seguridad.
- Calzado de seguridad.
- Protección auditiva
- Monogafas

• Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.

• Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas

• No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.

• Por ningún motivo se permitirá su estadia en lugares diferentes a los asignados.

• Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales

• No pase por debajo de materiales transportados por cualquier maquina.

• No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.

• No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.

• Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las instalaciones

• Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.

- ☐ Trabajo en alturas.
- ☐ **Trabajos en caliente.**
- ☐ **Trabajos en espacios confinados**

• Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento

• Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.

• Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.

• En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial

• No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.

• Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.

• Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.

• Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

• Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.

• Uso de tapabocas obligatorio

• Prohibido el uso de celular en horas laborales

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de salud ocupacional.

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	FIRMA
Steven Ospina Muñoz	1072960877	Aux de obra	Sura	Comfenalco	Porvenir	

Observaciones:

Scanned with CamScanner

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

La empresa CONSORCIO ADA 045, domiciliada en la Ciudad de Bogotá D.C , Representada legalmente por el señor(a) Martin Calderón, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): Shavon Dayana Muñoz Jimenez identificado con cédula de ciudadanía N°: 1072960877 de Bogota que con motivo del desempeño de sus labores como Ayudante de Obra en esta empresa, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

Resbalones, tropiezos y caídas al desplazarse pudiendo sufrir fracturas óseas en cualquier parte del cuerpo; caídas a desnivel al subir o bajar escalones y al desplazarse; choque eléctrico por falla intrínseca, equipos o conectores defectuosos; entrada de gases, vapores, partículas o cuerpos extraños en el conducto buco-faringeo; lesiones por contacto con superficies filosas; contacto con equipos y corriente eléctrica; shock eléctrico; lesiones por golpes, objetos proyectados u atrapamientos con máquinas, vehículos, equipos, áreas de oficinas, etc; temperaturas extremas por calor o frío, lumbago ; posturas inadecuadas al levantar peso, al conducir los equipos y herramientas de trabajo, etc; sobrecarga osteo-muscular por posturas incorrectas y movimientos repetitivos; deformaciones músculo esqueléticas; fatiga visual; disminución a largo plazo de la agudeza visual; lesiones visuales por proyección de partículas; disminución a largo plazo de la agudeza auditiva por sonidos de golpe; Intoxicación Química; explosiones e incendios: exposición a factores meteorológicos (lluvia y/o tormentas); lesiones por colisión con otros vehículos y objetos en la vía; colisiones con otros vehículos; arrollamiento por vehículos en movimiento; arrollamiento por vehículos que se desplazan en las vías públicas y de estacionamientos; asalto a mano armada con probabilidad o no de impactos de balas; secuestro y/o extorsión; tensión laboral; acoso laboral; acoso sexual; agresión física, psicológica y/o verbal; exposición a virus, bacterias, hongos, mordeduras de animales, picaduras de insectos.

Scanned with CamScanner

De igual manera se le informa que está en el deber de mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, libres de obstáculos, abstenerse de derramar líquidos contaminantes en el piso, cuidar los equipos y herramientas de trabajo y que estos sean usados para este fin, cumplir y hacer cumplir la orden de ***NO FUMAR, NO INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS Y NO CONSUMIR SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICAS*** durante la jornada de trabajo, adoptar en el área de trabajo comportamientos seguros durante el desempeño de sus funciones, tener especial cuidado al manipular equipos, herramientas, líquidos inflamables, también otros objetos como, envases de vidrios, botellas, frascos. Si estos recipientes se utilizarán para envasar líquidos inflamables o tóxicos, deben estar debidamente rotulados según el elemento contenido.

Mantener buena higiene postural, al levantar cargas u objetos pesados de forma manual; tomar todas las medidas adecuadas para evitar accidentes laborales, usar adecuada y constantemente lo elementos y demás equipos de protección personal entregados, portar el carnet de identificación, así mismo tendrá la obligación de reportar por escrito actos y condiciones inseguras que observe o que pueda estar expuesto(a) en su labor.

Firma del Trabajador: _____

Fecha de Notificación: 1072960877

Scanned with CamScanner

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO

DPTO	OPERATIVO	FECHA	11/04/26
CARGO	Ay dora	AREA	OPERATIVA

FACTOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.P.P	NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD
Físico	Exposición a ruido continuo	Desconcentración, cefaleas, alteraciones auditivas, hipoacusia	Guantes de vaqueta, caucho o nitrilo. Gafas de seguridad o monogafas. Protector auditivo de inserción o copa. Tapabocas o respirador. Casco de Seguridad Blanco o Amarillo. Botas de Material o de Caucho. Overol. Chaleco Reflectivo.	Uso de protectores auditivos.
Químico	Exposición a material particulado (polvo)	Afecciones respiratorias en vías aéreas y pulmón, irritación mucosa.		Uso de tapabocas.
Mecánico	Caídas al mismo nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.		Señalizar las áreas que representan riesgo. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia. No correr area de trabajo, inspección preoperacional.
	Manipulación de herramientas manuales	Contusiones, golpes, cortaduras, raspones.		Charlas de seguridad sobre manejo seguro de herramientas.
Biológico	Bacterias, hongos, parasitos.	Enfermedades infectocontagiosas, y de la piel.		Uso de guantes de caucho, tapabocas, lavado de manos.
Eléctrico	Conexiones eléctricas. Plantas eléctricas.	Choque eléctrico, electrocución, incendio.		No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas. Identificar redes de energía eléctrica. No hacer conexiones eléctricas ilegales. Mantener tomacorrientes machos y hembras en buen estado.
Ergonómico	Posturas inadecuadas por tiempo prolongado	Lumbalgias, retracciones musculares.	-	Capacitación en higiene postural. Pausas activas.
	Levantamiento y transporte de cargas.	Lumbalgias, hernias, retracciones musculares.	-	Capacitación en el manejo adecuado de cargas.
Seguridad Pública	Inseguridad pública en las vías de desplazamiento.	Asaltos, robos, atracos.	-	Tomar medidas de precaución. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.
Psicosocial	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión.	-	Charla sobre manejo de estrés.
Incendio	Conexiones eléctricas, material combustible.	Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.	-	Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.
Naturales	Terremotos, inundaciones.	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Ay dora

NOTIFICADO:

NOMBRE: Sharon Dayana Muñoz FIRMA:

C.C.: 1072960877

Scanned with CamScanner

Lugar: _____

Fecha: _____

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vinculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** _____

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: Sharon Dayana Alvarez

Nombre: Sharon Dayana Alvarez

Cédula: 1072960877

Scanned with CamScanner

CONSORCIO ADA 045	**SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST**	ALCALDÍA LOCAL DE PUENTE ARANDA

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Sharon Dayana Muñoz CARGO: Ayudante Obra

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 14/04/26

APROBÓ Y NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**F**	**V**
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**A**	**B**	**C**
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro			

Scanned with CamScanner

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	

	B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X
CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? Sura

Yo Sharon Dayana Muñoz me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de seguridad, salud en el trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial), reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma Dayana Muñoz

Scanned with CamScanner

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

NOMBRE: Daiana Muñoz
CARGO: Ayudora.
C.C.:

FECHA DE ENTREGA			FIRMA DE RECIBIDO	PROTECCIÓN VISUAL		PROTECCION RESPIRATORIA				PROTECCIÓN FACIAL Y CABEZA		PROTECCIÓN AUDITIVA		PROTECCION MANUAL			
				MONOGAFAS		MASCARILLA		MEDIA CARA				TAPAOIDO		GUANTES			
DIA	MES	AÑO		Blanca	Oscuras	Con filtro	Sin filtro	Gases	Particulado	Desechable	CASCO TIPO	CARETA TIPO	Incersión	Copa	Nitrilo	Vaqueta	Carnaza	Otro
19	09	26	Daiana Muñoz	✓						6	✓		✓			✓	✓	

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

Scanned with CamScanner

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	

ENTREGA DE DOTACIÓN

NOMBRE: Dayana Muñoz
CARGO: Ayudora
C.C.:

TALLAS OVEROL ✓ CHAQUETA BOTAS

PROTECCION PERSONAL

FECHA DE ENTREGA			FIRMA DE RECIBIDO	BOTAS DE SEGURIDAD / CALZADO		CAMISA	PANTALON	OVEROL COMPLETO	CHAQUETA		CHALECO		
DIA	MES	AÑO		Caucho	Cuero				Impermeable	Laboral	Aux Aseo	Aux Trafico	Aux profesional
14	09	26	Dayana Muñoz			✓	✓	✓			✓		

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

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.072.960.877**

MUÑOZ JIMENEZ

APELLIDOS

SHARON DAYANA

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-ABR-2000**

ANAPOIMA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

18-FEB-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01071828-F-1072960877-20190409 **0065**167420A 2 2196355505

MEDILABORAL

Certificado Médico Ocupacional



EMPRESA

CONSORCIO ADA 045

NO. CERTIFICADO	2.194.525	**FECHA**	10/04/2026 2:41 p.m.		**PRESTADOR/SEDE**	BOGOTÁ - CENTRO MAYOR	
PENSIONES	PORVENIR		**ARL**	NO REFIERE			
EPS	COMPENSAR				**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO	
NOMBRES Y APELLIDOS	MUÑOZ JIMENEZ SHARON DAYANA				**NO. DOCUMENTO**	CC. 1.072.960.877	
TIPO DE CARGO	OPERATIVO				**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA - OFICIOS VARIOS	
EDAD	25	**SEXO**	F	**TELÉFONO** 3126213962	**CORREO**	sharonmunozjimenez2000@gmail.com	

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

EXÁMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA - ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR - ESPIROMETRÍA - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - OPTOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Apto sin restricciones para el cargo	NA

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA ESFUERZOS VISUALES - VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA

SE RETROALIMENTA AL PACIENTE SOBRE HALLAZGOS DE LA CONSULTA. EL PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL PERIÓDICO - DE ACUERDO LO ESTABLECIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SGSST) DE LA EMPRESA - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - NO EXCEDER EL USO DE AUDÍFONOS RECREATIVOS MAS DE 1 HORA CONTINUA, USO ALTERNO DEL TELEFONO.

RECOMENDACIONES OPTOMETRIA

CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - REMISION VALORACION OPTOMETRIA FORMULAR CORRECION OPTICA - SOLO PARA ESFUERZO VISUAL PROLONGADO - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR - SEGUN CORRESPONDA

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Yo, MUÑOZ JIMENEZ SHARON DAYANA, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 1.072.960.877, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

Derechos del titular: De acuerdo con el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, como titular de los datos personales, tengo derecho a: 1. Conocer, actualizar, rectificar, revocar, solicitar supresión de mis datos personales. 2. Solicitar prueba de la autorización otorgada. 3. Presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio si considero que se han vulnerado mis derechos.

La Política de Tratamiento de Datos Personales de MEDICINA LABORAL S.A.S. está disponible en <https://medilaboral.com/documentacion/> donde se especifican los mecanismos y canales para ejercer mis derechos como titular de los datos personales.

Declaro que la información suministrada es veraz, completa y correcta, y manifiesto mi autorización para el tratamiento de mis datos personales conforme a los términos aquí establecidos.

En constancia, firmo:

Asistente o trabajador

CC. 1.072.960.877

MEDILABORAL

Certificado Médico Ocupacional



EMPRESA

CONSORCIO ADA 045

NO. CERTIFICADO	2.194.525	**FECHA**	10/04/2026 2:41 p.m.	**PRESTADOR/SEDE**	BOGOTÁ - CENTRO MAYOR
PENSIONES	PORVENIR	**ARL**	NO REFIERE		
EPS	COMPENSAR			**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO
NOMBRES Y APELLIDOS	MUÑOZ JIMENEZ SHARON DAYANA			**NO. DOCUMENTO**	C.C. 1.072.960.877
TIPO DE CARGO	OPERATIVO			**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA - OFICIOS VARIOS
EDAD	25	**SEXO**	F	**TELÉFONO**	3126213962	**CORREO**	sharonmunozjimenez2000@gmail.com

Aspirante o trabajador

CC. 1.072.960.877

Profesional

DR. PALACIO GUTIERREZ ANDRES ENRIQUE TP. 94 396/2013 CC1129528001 LIC. 19899 DE 4-10-2024

ELABORADO Y EMITIDO POR

MEDICINA LABORAL S.A.S. 830142721 SEDE: CENTRO MAYOR TRANSVERSAL 35 NO 38B - 85 SUR PBX: (601) 770 27 74 BOGOTÁ

Evaluación realizada conforme a la Resolución 1843 del 2025

Confidencial: Este documento es exclusivo de MEDICINA LABORAL S.A.S. por lo que se encuentra prohibida su divulgación por cualquier medio sin autorización expresa y escrita. www.medilaboral.com

MEDILABORAL

SEÑOR(A):
MUÑOZ JIMENEZ SHARON DAYANA
CC.: 1072960877

REF. RECOMENDACIONES EMITIDAS EN EL CONCEPTO MÉDICO DE LA IPS.

CORDIAL SALUDO,
EL DÍA 10 DE ABRIL DE 2026 FUE RECIBIDO POR LA EMPRESA EL CONCEPTO MÉDICO DE SU EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL EN EL CUAL NOS INFORMAN LAS SIGUIENTES:

RECOMENDACIONES:

· SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA ESFUERZOS VISUALES - VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA

· CONTROL PERIÓDICO - DE ACUERDO LO ESTABLECIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SGSST) DE LA EMPRESA - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - NO EXCEDER EL USO DE AUDÍFONOS RECREATIVOS MAS DE 1 HORA CONTINUA, USO ALTERNO DEL TELEFONO.

· CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - REMISION VALORACION OPTOMETRIA FORMULAR CORRECION OPTICA - SOLO PARA ESFUERZO VISUAL PROLONGADO - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR - SEGUN CORRESPONDA

POR LO ANTERIOR: SOLICITAMOS QUE TRAMITE UNA CITA CON SU MÉDICO TRATANTE DE LA EPS PARA QUE PUEDA HACER EL SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES, A FAVOR DEL CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1072 DE 2015, LA RESOLUCIÓN 0312 DE 2019 Y EL SEGUIMIENTO DE NUESTRO SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

ACEPTO Y RECIBO INFORMACIÓN,

MUÑOZ JIMENEZ SHARON DAYANA
CC.: 1072960877

ARL | sura

Medellín, 13 de April de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO ADA 045.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transaacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1072960877	MUÑOZ JIMENEZ SHARON DAYANA	14/04/2026		17512713	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 13/04/2026 11:26:28 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.17.57, 192.230.104.15, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1072960877
NOMBRES	SHARON DAYANA
APELLIDOS	MUÑOZ JIMENEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
RETIRADO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	05/08/2016	30/11/2025	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	04/12/2026 11:03:43	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

SHARON DAYANA MUÑOZ JIMENEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.072.960.877**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 12 de Abril del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

	FORMATO REQUISITOS CONTRATO	

FECHA: 09-04-2026
NOMBRE: Eliammys 61898805
CEDULA: 61898805
CARGO: Ayudante de obra
EMPRESA: Consorcio ada5

Los siguientes son los requisitos dados en el anexo técnico del contrato de obra publica **N° 487- 2025** celebrado entre el FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA y CONSORCIO ADA 045

PERSONAL

- [ ] HOJA DE VIDA
- [x] EXAMEN OCUPACIONAL
- [x] FOTOCOPIA DE CEDULA
- [x] CERTIFICADO DE AFILIACIÓN (ARL,EPS,AFP,CCF)

MAQUINARIA

Toda maquinaria y equipo que vaya a ser usado en la ejecución del contrato, debe presentar los siguientes documentos, para revisión y aprobación , como requisito para su ingreso a la obra y posterior operación:

- [ ] Copia del manual de operación y mantenimiento
- [ ] Certificado expedido por un ingeniero mecánico con matricula profesional vigente en el que anote que la maquina se encuentra en óptimas condiciones técnico mecánicas de acuerdo a los parámetros establecidos por el fabricante para garantizar una operación segura y adecuada.
- [ ] Certificados de idoneidad del operario responsable de la máquina.
- [ ] Carta del responsable de la maquina en donde manifieste expresamente su compromiso de realizar el mantenimiento de acuerdo a los estipulado por el fabricante en el manual de operación y mantenimiento.

Cada vez que la maquinaria tenga que ser retirada de los frentes de obra, deberá informarse del hecho y en caso que sea reincorporada a las actividades de obra deberá presentarse un nuevo certificado expedido por un ingeniero mecánico.
Entregar mensualmente los certificados de materiales proveedores y disposición final de escombros en original expedidos por los proveedores y escombreras utilizados en la obra. Adicionalmente, se verificará los recibos de escombros y materiales contra los certificados.

Firma: Eliammys
Nombre:
TRABAJADOR

Firma:
Nombre:
SO-SST

Original:Dependencia responsable del contrato
Tera copia : Interesado
Cta copia: Contratista

	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	

CONTRATANTE	FONDO DE DESARROLLO LOCAL PUENTE ARANDA
CONTRATISTA	CONSORCIO ADA 045

OBJETO DEL CONTRATO

"EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁ D.C. BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE"

LUGAR Y FECHA: Bogotá

NOMBRE DEL PROFESIONAL Tatiana Valdelamar

EMPRESA: Consorcio ADA 045

TEMA: Inducción

HORA DE INICIO: 7:00 au HORA DE TERMINACIÓN: 8:00 au

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
Eliammy	6188805	Ayudante obra	Consorcio ada	Eliammy

Tatiana

PROFESIONAL SG-SST

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.

• Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:

- Casco de seguridad.
- Calzado de seguridad.
- Protección auditiva
- Monogafas

• Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.

• Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas

• No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.

• Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.

• Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales

• No pase por debajo de materiales transportados por cualquier maquina.

• No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.

• No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.

• Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las instalaciones

• Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.

- ☐ Trabajo en alturas.
- ☐ Trabajos en caliente.
- ☐ Trabajos en espacios confinados

• Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento

• Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o refire de su lugar.

• Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.

• En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial

• No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.

• Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.

• Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.

• Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

• Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.

• Uso de tapabocas obligatorio

• Prohibido el uso de celular en horas laborales

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de salud ocupacional.

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	FIRMA
Eliomnyh Iuga	6188805	Ayudante obra	Sura	Salud total	Protección	Eliomnyh

Observaciones:

Scanned with CamScanner

	CONTRATO DE OBRA No. 487-2025	Versión: 01
CONSORCIO ADA 045	"EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁ D.C. BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE"	

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

La empresa CONSORCIO ADA 045, domiciliada en la Ciudad de Bogotá D.C , Representada legalmente por el señor(a) Martin Calderón, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): Yiomayra lugo, identificado con cédula de ciudadanía N°: 61888805 de Bogota que con motivo del desempeño de sus labores como Ayudante obra en esta empresa, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

Resbalones, tropiezos y caídas al desplazarse pudiendo sufrir fracturas óseas en cualquier parte del cuerpo; caídas a desnivel al subir o bajar escalones y al desplazarse; choque eléctrico por falla intrínseca, equipos o conectores defectuosos; entrada de gases, vapores, partículas o cuerpos extraños en el conducto buco-faríngeo; lesiones por contacto con superficies filosas; contacto con equipos y corriente eléctrica; shock eléctrico; lesiones por golpes, objetos proyectados u atrapamientos con máquinas, vehículos, equipos, áreas de oficinas, etc; temperaturas extremas por calor o frío, lumbago ; posturas inadecuadas al levantar peso, al conducir los equipos y herramientas de trabajo, etc; sobrecarga osteo-muscular por posturas incorrectas y movimientos repetitivos; deformaciones músculo esqueléticas; fatiga visual; disminución a largo plazo de la agudeza visual; lesiones visuales por proyección de partículas; disminución a largo plazo de la agudeza auditiva por sonidos de golpe; Intoxicación Química; explosiones e incendios: exposición a factores meteorológicos (lluvia y/o tormentas); lesiones por colisión con otros vehículos y objetos en la vía; colisiones con otros vehículos; arrollamiento por vehículos en movimiento; arrollamiento por vehículos que se desplazan en las vías públicas y de estacionamientos; asalto a mano armada con probabilidad o no de impactos de balas; secuestro y/o extorsión; tensión laboral; acoso laboral; acoso sexual; agresión física, psicológica y/o verbal; exposición a virus, bacterias, hongos, mordeduras de animales, picaduras de insectos.

Scanned with CamScanner

De igual manera se le informa que está en el deber de mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, libres de obstáculos, abstenerse de derramar líquidos contaminantes en el piso, cuidar los equipos y herramientas de trabajo y que estos sean usados para este fin, cumplir y hacer cumplir la orden de ***NO FUMAR, NO INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS Y NO CONSUMIR SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICAS*** durante la jornada de trabajo, adoptar en el área de trabajo comportamientos seguros durante el desempeño de sus funciones, tener especial cuidado al manipular equipos, herramientas, líquidos inflamables, también otros objetos como, envases de vidrios, botellas, frascos. Si estos recipientes se utilizarán para envasar líquidos inflamables o tóxicos, deben estar debidamente rotulados según el elemento contenido.

Mantener buena higiene postural, al levantar cargas u objetos pesados de forma manual; tomar todas las medidas adecuadas para evitar accidentes laborales, usar adecuada y constantemente lo elementos y demás equipos de protección personal entregados, portar el carnet de identificación, así mismo tendrá la obligación de reportar por escrito actos y condiciones inseguras que observe o que pueda estar expuesto(a) en su labor.

Firma del Trabajador: Eliannys

Fecha de Notificación: 09-01-2026

Scanned with CamScanner

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO

DPTO	OPERATIVO	FECHA	09-04-2016
CARGO	Ayudante de obra	AREA	OPERATIVA

FACTOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.P.P	NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD
Físico	Exposición a ruido continuo	Desconcentración, cefaleas, alteraciones auditivas, hipoacusia.	Guantes de vaqueta, caucho o nitrilo. Gafas de seguridad o monogafas. Protector auditivo de inserción o copa. Tapabocas o respirador. Casco de Seguridad Blanco o Amarillo. Botas de Material o de Caucho. Overol. Chaleco Reflectivo.	Uso de protectores auditivos.
Químico	Exposición a material particulado (polvo)	Afecciones respiratorias en vías aéreas y pulmón, irritación mucosa.		Uso de tapabocas.
Mecánico	Caídas al mismo nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.		Señalizar las áreas que representen riesgo. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia. No correr area de trabajo, inspección preoperacional.
	Manipulación de herramientas manuales	Contusiones, golpes, cortaduras, raspones.		Charlas de seguridad sobre manejo seguro de herramientas.
Biológico	Bacterias, hongos, parasitos.	Enfermedades infectocontagiosas, y de la piel.		Uso de guantes de caucho, tapabocas, lavado de manos.
Eléctrico	Conexiones eléctricas. Plantas eléctricas.	Choque eléctrico, electrocución, incendio.		No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas. Identificar redes de energía eléctrica. No hacer conexiones eléctricas ilegales. Mantener tomacorrientes machos y hembras en buen estado.
Ergonómico	Posturas inadecuados por tiempo prolongado	Lumbalgías, retracciones musculares.	-	Capacitación en higiene postural. Pausas activas.
	Levantamiento y transporte de cargas.	Lumbalgías, hernias, retracciones musculares.	-	Capacitación en el manejo adecuado de cargas.
Seguridad Pública	Inseguridad pública en las vías de desplazamiento.	Asaltos, robos, atracos.	-	Tomar medidas de precaución. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.
Psicosocial	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión.	-	Charla sobre manejo de estrés.
Incendio	Conexiones eléctricas, material combustible.	Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.	-	Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.
Naturales	Terremotos, inundaciones.	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Ayudante de obra

NOTIFICADO:

NOMBRE: Yiammyn **FIRMA:** Yiammyn

C.C.: 6188805

Puente Aranda
Bogotá
siiconsorciocda@gmail.com

Scanned with CamScanner

Lugar: _____

Fecha: _____

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vinculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** _____

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: Yiammyr

Nombre: Yiammyr

Cédula: 6188805

Scanned with CamScanner

CONSORCIO ADA 045	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	ALCALDÍA LOCAL DE PUENTE ARANDA

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Yiammyr Vogo CARGO: Ayudante de obra

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 09-04-2026

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**F**	**V**
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**A**	**B**	**C**
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro			

Scanned with CamScanner

	B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X
CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? SURA

Yo Yhiommyr Iugo me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de seguridad, salud en el trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial), reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma Yhiommyr

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

No. 6188805

LUGO MORALES

ELIANNY DANIELA

COL

VEN F

12062005606

12-06-2005

09-06-2022 BOGOTA D.C.

30-05-2031

FIRMA

TITULAR OBLIGADO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

MIGRACIÓN

www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL6188805<<8<<<<<<<<<<<<<<<

0506122F3105308VENE2099142<<<1

LUGO<MORALES<<ELIANNY<DANIELA<

MEDILABORAL

Certificado Médico Ocupacional



EMPRESA

CONSORCIO ADA 045

NO. CERTIFICADO	2.191.184	**FECHA**	08/04/2026 9:00 a.m.	**PRESTADOR/SEDE**	BOGOTÁ - SANTA BARBARA
PENSIONES	NO REFIERE	**ARL**	NO REFIERE		
EPS	SALUD TOTAL			**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO
NOMBRES Y APELLIDOS	LUGO MORALES ELIANNY DANIELA			**NO. DOCUMENTO**	PPT. 6.188.805
TIPO DE CARGO	OPERATIVO			**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA - OFICIOS VARIOS
EDAD	20	**SEXO**	F	**TELÉFONO**	3229311346
CORREO	elianny12@gmail.com				

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

EXÁMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - ESPIROMETRÍA - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - OPTOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Apto sin restricciones para el cargo	NA

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO - REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LIMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA ESFUERZOS VISUALES - VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA

SE RETROALIMENTA AL PACIENTE SOBRE HALLAZGOS DE LA CONSULTA, EL PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL PERIÓDICO - DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL SGSST DE LA EMPRESA - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - LIMPIEZA EXTERNA DE OIDOS, EVITAR RUIDOS FUERTES, MÚSICA A ALTO VOLUMEN, NO USO DE HISOPOS U OTRO OBJETO DENTRO DE LOS OIDOS, ALTERNAR USO DE CELULAR

RECOMENDACIONES OPTOMETRIA

CORRECCIÓN OPTICA PARA ESFUERZO VISUAL PROLONGADO - REMISION VALORACION OPTOMETRIA FORMULAR CORRECION OPTICA - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Yo, LUGO MORALES ELIANNY DANIELA, identificado(a) con el documento de identidad PPT No. 6.188.805, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que los reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

Derechos del titular: De acuerdo con el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, como titular de los datos personales, tengo derecho a: 1. Conocer, actualizar, rectificar, revocar, solicitar supresión de mis datos personales. 2. Solicitar prueba de la autorización otorgada. 3. Presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio si considero que se han vulnerado mis derechos.

La Política de Tratamiento de Datos Personales de MEDICINA LABORAL S.A.S. está disponible en <https://medilaboral.com/documentacion/> donde se especifican los mecanismos y canales para ejercer mis derechos como titular de los datos personales.

Declaro que la información suministrada es veraz, completa y correcta, y manifiesto mi autorización para el tratamiento de mis datos personales conforme a los términos aquí establecidos.
En constancia, firmo:

Aspirante o trabajador

PPT. 6.188.805

MEDILABORAL

Certificado Médico Ocupacional



EMPRESA

CONSORCIO ADA 045

NO. CERTIFICADO	2.191.184	**FECHA**	08/04/2026 9:00 a.m.	**PRESTADOR/SEDE**	BOGOTÁ - SANTA BARBARA
PENSIONES	NO REFIERE	**ARL**	NO REFIERE		
EPS	SALUD TOTAL			**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO
NOMBRES Y APELLIDOS	LUGO MORALES ELIANNY DANIELA			**NO. DOCUMENTO**	PPT. 6.188.805
TIPO DE CARGO	OPERATIVO			**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA - OFICIOS VARIOS
EDAD	20	**SEXO**	F	**TELÉFONO**	3229311346	**CORREO**	elianny12@gmail.com

Aspirante o trabajador

PPT. 6.188.805

Profesional

DRA. MARIA PATRICIA CABARCAS LAFAURIE R.M.084740/2007 CC22642179 LIC.3137 27-05-2023

ELABORADO Y EMITIDO POR

MEDICINA LABORAL S.A.S. 830142721 SEDE: SANTA BARBARA CRA 7 85 A NO. 123-86 PBX: (601) 770 27 74 BOGOTÁ

Evaluación realizada conforme a la Resolución 1843 del 2025

Confidencial: Este documento es exclusivo de MEDICINA LABORAL S.A.S. por lo que, se encuentra prohibida su divulgación por cualquier medio sin autorización expresa y escrita. www.medilaboral.com

MEDILABORAL

SEÑOR(A):
LUGO MORALES ELIANNY DANIELA
PPT.: 6188805

REF. RECOMENDACIONES EMITIDAS EN EL CONCEPTO MÉDICO DE LA IPS.

CORDIAL SALUDO,
EL DÍA 8 DE ABRIL DE 2026 FUE RECIBIDO POR LA EMPRESA EL CONCEPTO MÉDICO DE SU EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL EN EL CUAL NOS INFORMAN LAS SIGUIENTES:

RECOMENDACIONES:

· SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA ESFUERZOS VISUALES - VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA

· CONTROL PERIÓDICO - DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL SGSST DE LA EMPRESA - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - LIMPIEZA EXTERNA DE OIDOS, EVITAR RUIDOS FUERTES, MÚSICA A ALTO VOLUMEN, NO USO DE HISOPOS U OTRO OBJETO DENTRO DE LOS OIDOS, ALTERNAR USO DE CELULAR

· CORRECCIÓN OPTICA PARA ESFUERZO VISUAL PROLONGADO - REMISION VALORACION OPTOMETRIA FORMULAR CORRECION OPTICA - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR

POR LO ANTERIOR: SOLICITAMOS QUE TRAMITE UNA CITA CON SU MÉDICO TRATANTE DE LA EPS PARA QUE PUEDA HACER EL SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES, A FAVOR DEL CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1072 DE 2015, LA RESOLUCIÓN 0312 DE 2019 Y EL SEGUIMIENTO DE NUESTRO SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

ACEPTO Y RECIBO INFORMACIÓN,

Elianny

LUGO MORALES ELIANNY DANIELA
PPT.: 6188805

Recibido 2026
8-04-

ARL | sura

Medellín, 08 de April de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO ADA 045.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
X6188805	LUGO MORALES ELIANNY DANIELA	09/04/2026		184151N2	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 08/04/2026 13:40:58 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.17.57, 198.143.41.27, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERSOLIDARIA FINANCIERA DE COLOMBIA

	FORMATO REQUISITOS CONTRATO	

FECHA: 19-03-26
NOMBRE: Amin Sarmiento
CEDULA: 78675151
CARGO: Oficial
EMPRESA: Consorcio ADA.

Los siguientes son los requisitos dados en el anexo técnico del contrato de obra publica **N° 487- 2025** celebrado entre el FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA y CONSORCIO ADA 045

PERSONAL

- [ ] HOJA DE VIDA
- [x] EXAMEN OCUPACIONAL
- [x] FOTOCOPIA DE CÉDULA
- [x] CERTIFICADO DE AFILIACIÓN (ARL,EPS,AFP,CCF)

MAQUINARIA

Toda maquinaria y equipo que vaya a ser usado en la ejecución del contrato, debe presentar los siguientes documentos, para revisión y aprobación , como requisito para su ingreso a la obra y posterior operación:

- [ ] Copia del manual de operación y mantenimiento
- [ ] Certificado expedido por un ingeniero mecánico con matricula profesional vigente en el que anote que la maquina se encuentra en óptimas condiciones técnico mecánicas de acuerdo a los parámetros establecidos por el fabricante para garantizar una operación segura y adecuada.
- [ ] Certificados de idoneidad del operario responsable de la máquina.
- [ ] Carta del responsable de la maquina en donde manifieste expresamente su compromiso de realizar el mantenimiento de acuerdo a los estipulado por el fabricante en el manual de operación y mantenimiento.

Cada vez que la maquinaria tenga que ser retirada de los frentes de obra, deberá informarse del hecho y en caso que sea reincorporada a las actividades de obra deberá presentarse un nuevo certificado expedido por un ingeniero mecánico.
Entregar mensualmente los certificados de materiales proveedores y disposición final de escombros en original expedidos por los proveedores y escombreras utilizados en la obra. Adicionalmente, se verificará los recibos de escombros y materiales contra los certificados.

Amin Sarmiento
TRABAJADOR

no aplica

Original Dependencia responsable del contrato
1era copia : Interventor
2da copia: Contratista

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	

CONTRATANTE	FONDO DE DESARROLLO LOCAL PUENTE ARANDA
CONTRATISTA	CONSORCIO ADA 045

OBJETO DEL CONTRATO

"EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁ D.C. BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE"

LUGAR Y FECHA: Bogotá

NOMBRE DEL PROFESIONAL Tatiana Valderrama

EMPRESA: Consorcio

TEMA: Inducción.

HORA DE INICIO: 7:00 am

HORA DE TERMINACIÓN: 8:00 am

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
Amin Sarmiento	78675151	Oficial	Consorcio ADA	

(Firma)
(Nombre)
PROFESIONAL SG-SST

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.

• Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:

- Casco de seguridad.
- Calzado de seguridad.
- Protección auditiva
- Monogafas

• Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.

• Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinágenas

• No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.

• Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.

• Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales

• No pase por debajo de materiales transportados por cualquier maquina.

• No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.

• No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.

• Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las instalaciones

• Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.

- ☐ Trabajo en alturas.
- ☐ **Trabajos en caliente.**
- ☐ **Trabajos en espacios confinados**

• Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento

• Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.

• Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.

• En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial

• No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.

• Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.

• Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.

• Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

• Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecta orden y aseo.

• Uso de tapabocas obligatorio

• Prohibido el uso de celular en horas laborales

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de salud ocupacional.

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	FIRMA
Alvin Sarmiento	7867975	Oficial	Sura	Nueva Eps	Porvenir	

Observaciones:

Scanned with CamScanner

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO

DPTO	OPERATIVO	FECHA	19-02-26
CARGO	Oficial	AREA	OPERATIVA

FACTOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.P.P	NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD
Físico	Exposición a ruido continuo	Desconcentración, cefaleas, alteraciones auditivas, hipoacusia	Guantes de vaqueta, caucho o nitrilo. Gafas de seguridad o monogafas. Protector auditivo de inserción o copa. Tapabocas o respirador. Casco de Seguridad Blanco o Amarillo. Botas de Material o de Caucho. Overol. Chaleco Reflectivo.	Uso de protectores auditivos.
Químico	Exposición a material particulado (polvo)	Afecciones respiratorias en vías aéreas y pulmón, irritación mucosa		Uso de tapabocas.
Mecánico	Caídas al mismo nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.		Señalizar las áreas que representen riesgo. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia. No correr area de trabajo. inspección precperacional.
	Manipulación de herramientas manuales	Contusiones, golpes, cortaduras, raspones.		Charlas de seguridad sobre manejo seguro de herramientas.
Biológico	Bacterias, hongos, parasitos.	Enfermedades infectocontagiosas, y de la piel.		Uso de guantes de caucho, tapabocas, lavado de manos.
Eléctrico	Conexiones eléctricas. Plantas eléctricas.	Choque eléctrico, electrocución, incendio		No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas. Identificar redes de energía eléctrica. No hacer conexiones eléctricas ilegales. Mantener tomacorrientes machos y hembras en buen estado.
Ergonómico	Posturas inadecuadas por tiempo prolongado	Lumbalgias, retracciones musculares.	-	Capacitación en higiene postural. Pausas activas.
	Levantamiento y transporte de cargas.	Lumbalgias, hernias, retracciones musculares.	-	Capacitación en el manejo adecuado de cargas.
Seguridad Pública	Inseguridad pública en las vías de desplazamiento.	Asaltos, robos, atracos.	-	Tomar medidas de precaución. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.
Psicosocial	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión.	-	Charla sobre manejo de estrés.
Incendio	Conexiones eléctricas. material combustible.	Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.	-	Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.
Naturales	Terremotos, inundaciones.	Golpes, fracturas, hasta la muerte	-	Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Oficial

NOTIFICADO:

NOMBRE: Ann Sarmiento **FIRMA:**

C.C.: 79575151

Puente Aranda
Bogotá
sisconsorciada@gmail.com

Scanned with CamScanner

	CONTRATO DE OBRA No. 487-2025	Versión: 01
CONSORCIO ADA 045	"EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁ D.C, BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE"	

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

La empresa CONSORCIO ADA 045, domiciliada en la Ciudad de Bogotá D.C , Representada legalmente por el señor(a) Martin Calderón, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): Amin Sarmiento, identificado con cédula de ciudadanía N°: 78675151 de Chinu Cordoba que con motivo del desempeño de sus labores como Oficial en esta empresa, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

Resbalones, tropiezos y caídas al desplazarse pudiendo sufrir fracturas óseas en cualquier parte del cuerpo; caídas a desnivel al subir o bajar escalones y al desplazarse; choque eléctrico por falla intrínseca, equipos o conectores defectuosos; entrada de gases, vapores, partículas o cuerpos extraños en el conducto buco-faríngeo; lesiones por contacto con superficies filosas; contacto con equipos y corriente eléctrica; shock eléctrico; lesiones por golpes, objetos proyectados u atrapamientos con máquinas, vehículos, equipos, áreas de oficinas, etc; temperaturas extremas por calor o frío, lumbago ; posturas inadecuadas al levantar peso, al conducir los equipos y herramientas de trabajo, etc; sobrecarga osteo-muscular por posturas incorrectas y movimientos repetitivos; deformaciones músculo esqueléticas; fatiga visual; disminución a largo plazo de la agudeza visual; lesiones visuales por proyección de partículas; disminución a largo plazo de la agudeza auditiva por sonidos de golpe; Intoxicación Química; explosiones e incendios: exposición a factores meteorológicos (lluvia y/o tormentas); lesiones por colisión con otros vehículos y objetos en la vía; colisiones con otros vehículos; arrollamiento por vehículos en movimiento; arrollamiento por vehículos que se desplazan en las vías públicas y de estacionamientos; asalto a mano armada con probabilidad o no de impactos de balas; secuestro y/o extorsión; tensión laboral; acoso laboral; acoso sexual; agresión física, psicológica y/o verbal; exposición a virus, bacterias, hongos, mordeduras de animales, picaduras de insectos.

Scanned with CamScanner

De igual manera se le informa que está en el deber de mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, libres de obstáculos, abstenerse de derramar líquidos contaminantes en el piso, cuidar los equipos y herramientas de trabajo y que estos sean usados para este fin, cumplir y hacer cumplir la orden de ***NO FUMAR, NO INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS Y NO CONSUMIR SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICAS*** durante la jornada de trabajo, adoptar en el área de trabajo comportamientos seguros durante el desempeño de sus funciones, tener especial cuidado al manipular equipos, herramientas, líquidos inflamables, también otros objetos como, envases de vidrios, botellas, frascos. Si estos recipientes se utilizarán para envasar líquidos inflamables o tóxicos, deben estar debidamente rotulados según el elemento contenido.

Mantener buena higiene postural, al levantar cargas u objetos pesados de forma manual; tomar todas las medidas adecuadas para evitar accidentes laborales, usar adecuada y constantemente lo elementos y demás equipos de protección personal entregados, portar el carnet de identificación, así mismo tendrá la obligación de reportar por escrito actos y condiciones inseguras que observe o que pueda estar expuesto(a) en su labor.

Firma del Trabajador: _____

Fecha de Notificación: 14-03-26

Scanned with CamScanner

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

r medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN EDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vinculo con la empresa, to de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la otección social).

l orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles guientes a la fecha de terminación del contrato.

u examen se realizará en la **IPS** _____

l firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de xamen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: x Ann

Nombre: Ann Sarmiento

Cédula: 1067315 1.

Scanned with CamScanner

CONSORCIO ADA 045	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	ALCALDÍA LOCAL DE PUENTE ARANDA

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Amin Sarmiento CARGO: oficial

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 19-03-25

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente

CONCEPTO	DEFINICIÓN	A	B	C
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro			

Scanned with CamScanner

	B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			X
CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? Sura

Yo Amin Sarmiento me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de seguridad, salud en el trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial), reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma

Scanned with CamScanner


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
78.675.151
SARMIENTO GUERRA
AMIN DAVID


FECHA DE NACIMIENTO 11-ENE-1968
SAN ANDRES DE SOTAVENTO
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.71
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
23-SEP-1989 CHINU
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL

MEDILABORAL

Certificado Médico Ocupacional



EMPRESA

CONSORCIO ADA 045

NO. CERTIFICADO	2.177.656	**FECHA**	18/03/2026 2:22 p.m.	**PRESTADOR/SEDE**	BOGOTÁ - SANTA BARBARA
PENSIONES	PORVENIR	**ARL**	SURA		
EPS	NUEVA EPS			**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO
NOMBRES Y APELLIDOS	SARMIENTO GUERRA AMIN DAVID			**NO. DOCUMENTO**	CC. 78.675.151
TIPO DE CARGO	OPERATIVO			**CARGO U OFICIO**	MAESTRO DE OBRA CIVIL
EDAD	58	**SEXO**	M	**TELÉFONO**	3203548556
				CORREO	sarmientoamin423@gmail.com

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

EXÁMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - ESPIROMETRÍA - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - OPTOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD	**OTROS CONCEPTOS**
Aplazado **Fecha máxima para levantar el aplazamiento:** 20/04/2026	NA

MOTIVO APLAZAMIENTO

PACIENTE PRESENTA ALTERACIÓN REFRACTIVA DE IMPORTANCIA ACTUALMENTE SIN USO DE CORRECCIÓN VISUAL //REQUIERE: SE RECOMIENDA NUEVA VALORACIÓN CON USO DE GAFAS CORRECTIVAS

RECOMENDACIONES GENERALES

PUEDE REALIZAR MANEJO MANUAL DE CARGAS Y ARRASTRE MENORES A 12 KG BIMANUAL, CON ADECUADA TECNICA

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

SE RECOMIENDA NUEVA VALORACIÓN CON USO DE GAFAS CORRECTIVAS

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA

SE RETROALIMENTA AL PACIENTE SOBRE HALLAZGOS DE LA CONSULTA, EL PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL PERIÓDICO - DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL SGSST DE LA EMPRESA - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - ALTERNAR USO DEL TELEFONO CELULAR, NO* USO DE HISOPOS , NO LAVADOS AUDITIVOS, NO INTRODUCIR OBJETOS DENTRO DEL CONDUCTO AUDITIVOS, EVITAR EXPOSICION A RUIDO ALTO, UTILIZAR VOLUMEN MODERADO DEL TELEVISOR - USO EPPA (PROTECCIÓN AUDITIVA) - SEGUN EXPOSICION A RUIDO

RECOMENDACIONES OPTOMETRIA

REMISION VALORACION OPTOMETRIA FORMULAR CORRECION OPTICA - USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR

MEDILABORAL

Certificado Médico Ocupacional



EMPRESA

CONSORCIO ADA 045

NO. CERTIFICADO	2.177.556	**FECHA**	18/03/2026 2:22 p.m.	**PRESTADOR/SEDE**	BOGOTÁ - SANTA BARBARA
PENSIONES	PORVENIR	**ARL**	SURA		
EPS	NUEVA EPS			**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO
NOMBRES Y APELLIDOS	SARMIENTO GUERRA AMIN DAVID			**NO. DOCUMENTO**	CC. 78.675.151
TIPO DE CARGO	OPERATIVO			**CARGO U OFICIO**	MAESTRO DE OBRA CIVIL
EDAD	58	**SEXO**	M	**TELÉFONO**	3203548556	**CORREO**	sarmientoamin423@gmail.com

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Yo, SARMIENTO GUERRA AMIN DAVID, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 78.675.151, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que los reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

Derechos del titular: De acuerdo con el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, como titular de los datos personales, tengo derecho a: 1. Conocer, actualizar, rectificar, revocar, solicitar supresión de mis datos personales. 2. Solicitar prueba de la autorización otorgada. 3. Presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio si considero que se han vulnerado mis derechos.

La Política de Tratamiento de Datos Personales de MEDICINA LABORAL S.A.S. está disponible en <https://medilaboral.com/documentacion/> donde se especifican los mecanismos y canales para ejercer mis derechos como titular de los datos personales.

Declaro que la información suministrada es veraz, completa y correcta, y manifiesto mi autorización para el tratamiento de mis datos personales conforme a los términos aquí establecidos.
En constancia, firma:

Aspirante o trabajador



CC. 78.675.151

Aspirante o trabajador



CC. 78.675.151

Profesional



DRA. MARIA PATRICIA CABARCAS LAFAURIE R.M.084740/2007 CC22642179 LIC.31.37 27-05-2025

ELABORADO Y EMITIDO POR

MEDICINA LABORAL S.A.S. 830142721 SEDE: SANTA BARBARA CRA 7 115 A NO. 123-86 PBX: (601) 770 27 74 BOGOTÁ
Evaluación realizada conforme a la Resolución 1843 del 2025

Confidencial: Este documento es exclusivo de MEDICINA LABORAL S.A.S. por lo que, se encuentra prohibida su divulgación por cualquier medio sin autorización expresa y escrita. www.medilaboral.com

MEDILABORAL

SEÑOR(A):
SARMIENTO GUERRA AMIN DAVID
CC.: 78675151

REF. RECOMENDACIONES EMITIDAS EN EL CONCEPTO MÉDICO DE LA IPS.

CORDIAL SALUDO,
EL DÍA 18 DE MARZO DE 2026 FUE RECIBIDO POR LA EMPRESA EL CONCEPTO MÉDICO DE SU EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL EN EL CUAL NOS INFORMAN LAS SIGUIENTES:

RECOMENDACIONES:

· VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA

· CONTROL PERIÓDICO - DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL SGSST DE LA EMPRESA - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - ALTERNAR USO DEL TELEFONO CELULAR, NO USO DE HISOPOS , NO LAVADOS AUDITIVOS, NO INTRODUCIR OBJETOS DENTRO DEL CONDUCTO AUDITIVOS, EVITAR EXPOSICION A RUIDO ALTO, UTILIZAR VOLUMEN MODERADO DEL TELEVISOR - USO DE EPPA (PROTECCIÓN AUDITIVA) - SEGUN EXPOSICION A RUIDO

· REMISION VALORACION OPTOMETRIA FORMULAR CORRECION OPTICA - USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR

· PUEDE REALIZAR MANEJO MANUAL DE CARGAS Y ARRASTRE MENORES A 12 KG BIMANUAL, CON ADECUADA TECNICA

POR LO ANTERIOR: SOLICITAMOS QUE TRAMITE UNA CITA CON SU MÉDICO TRATANTE DE LA EPS PARA QUE PUEDA HACER EL SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES, A FAVOR DEL CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1072 DE 2015, LA RESOLUCIÓN 0312 DE 2019 Y EL SEGUIMIENTO DE NUESTRO SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

ACEPTO Y RECIBO INFORMACIÓN,

SARMIENTO GUERRA AMIN DAVID
CC.: 78675151

ARL | sura

Medellín, 18 de March de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO ADA 045.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC			Clase: 5		Porcentaje Cotización:	8.96 %
C78675151	SARMIENTO GUERRA AMIN DAVID	19/03/2026		3711P129	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 18/03/2026 16:51:20 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.17.139, 196.143.41.44, 172.16.42.57

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 25/03/2026, el empleador CONSORCIO ADA 045 identificado con NIT número 902016742 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10155582	25/03/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	78675151	AMINDAVID SARMIENTO GUERRA	2800000	MAESTRO DE OBRA	2026-03-19

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 25 días del mes de Marzo del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

AMIN DAVID SARMIENTO GUERRA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **78.675.151**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 25 de Marzo del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

	FORMATO REQUISITOS CONTRATO	

FECHA: 15 – Abril – 2026
NOMBRE: Kevin Alejandro Naranjo Sosa
CEDULA: 1000.127.694
CARGO: Ayudante de obra
EMPRESA: Consorcio Ada045

Los siguientes son los requisitos dados en el anexo técnico del contrato de obra publica **N° 487- 2025** celebrado entre el FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA y CONSORCIO ADA 045

PERSONAL

- [ ] HOJA DE VIDA
- [x] EXAMEN OCUPACIONAL
- [x] FOTOCOPIA DE CÉDULA
- [x] CERTIFICADO DE AFILIACIÓN (ARL,EPS,AFP,CCF)

MAQUINARIA

Toda maquinaria y equipo que vaya a ser usado en la ejecución del contrato, debe presentar los siguientes documentos, para revisión y aprobación , como requisito para su ingreso a la obra y posterior operación:

- [ ] Copia del manual de operación y mantenimiento
- [ ] Certificado expedido por un ingeniero mecánico con matricula profesional vigente en el que anote que la maquina se encuentra en óptimas condiciones técnico mecánicas de acuerdo a los parámetros establecidos por el fabricante para garantizar una operación segura y adecuada.
- [ ] Certificados de idoneidad del operario responsable de la máquina.
- [ ] Carta del responsable de la maquina en donde manifieste expresamente su compromiso de realizar el mantenimiento de acuerdo a los estipulado por el fabricante en el manual de operación y mantenimiento.

Cada vez que la maquinaria tenga que ser retirada de los frentes de obra, deberá informarse del hecho y en caso que sea reincorporada a las actividades de obra deberá presentarse un nuevo certificado expedido por un ingeniero mecánico.
Entregar mensualmente los certificados de materiales proveedores y disposición final de escombros en original expedidos por los proveedores y escombreras utilizados en la obra. Adicionalmente, se verificará los recibos de escombros y materiales contra los certificados.

(Firma) Kevin.
(Nombre)
TRABAJADOR

(Firma)
(Nombre)
SG-SST

Original Dependencia responsable del contrato
Tera copia : Interventor
2da copia: Contratista

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	

CONTRATANTE	FONDO DE DESARROLLO LOCAL PUENTE ARANDA
CONTRATISTA	CONSORCIO ADA 045

OBJETO DEL CONTRATO

"EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁ D.C, BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE"

LUGAR Y FECHA: Bogotá 15/04/26

NOMBRE DEL PROFESIONAL Tatiana Valdeleón

EMPRESA: Consorcio ADA 045

TEMA: Inducción

HORA DE INICIO: 7:00 am HORA DE TERMINACIÓN: 8:00 am

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
Kevin Naranjo	1.000.727.694	Auxiliar de obra	consorcio ada 045	Kevin.

(Firma) Tatiana

(Nombre)

PROFESIONAL SG-SST

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.

• Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:

- Casco de seguridad.
- Calzado de seguridad.
- Protección auditiva
- Monogafas

• Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.

• Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas

• No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.

• Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.

• Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales

• No pase por debajo de materiales transportados por cualquier maquina.

• No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.

• No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.

• Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las instalaciones

• Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.

- ☐ Trabajo en alturas.
- ☐ Trabajos en caliente.
- ☐ Trabajos en espacios confinados

• Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento

• Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.

• Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.

• En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial

• No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.

• Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.

• Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.

• Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

• Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.

• Uso de tapabocas obligatorio

• Prohibido el uso de celular en horas laborales

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de salud ocupacional.

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	FIRMA
Kevin Naranjo	1000.777.691	Ayudante de obra	Sura	Salud Total	Porvenir	

Observaciones:

Scanned with CamScanner

	CONTRATO DE OBRA No. 487-2025	Versión: 01
CONSORCIO ADA 045	"EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁ D.C, BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE"	

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

La empresa CONSORCIO ADA 045, domiciliada en la Ciudad de Bogotá D.C , Representada legalmente por el señor(a) Martin Calderón, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): Kevin Alejandro Naranjo Susa, identificado con cédula de ciudadanía N°: 1.000.727.694 de Bogotá que con motivo del desempeño de sus labores como Ayudante de obra. en esta empresa, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

Resbalones, tropiezos y caídas al desplazarse pudiendo sufrir fracturas óseas en cualquier parte del cuerpo; caídas a desnivel al subir o bajar escalones y al desplazarse; choque eléctrico por falla intrínseca, equipos o conectores defectuosos; entrada de gases, vapores, partículas o cuerpos extraños en el conducto buco-faríngeo; lesiones por contacto con superficies filosas; contacto con equipos y corriente eléctrica; shock eléctrico; lesiones por golpes, objetos proyectados u atrapamientos con máquinas, vehículos, equipos, áreas de oficinas, etc; temperaturas extremas por calor o frío, lumbago ; posturas inadecuadas al levantar peso, al conducir los equipos y herramientas de trabajo, etc; sobrecarga osteo-muscular por posturas incorrectas y movimientos repetitivos; deformaciones músculo esqueléticas; fatiga visual; disminución a largo plazo de la agudeza visual; lesiones visuales por proyección de partículas; disminución a largo plazo de la agudeza auditiva por sonidos de golpe; Intoxicación Química; explosiones e incendios: exposición a factores meteorológicos (lluvia y/o tormentas); lesiones por colisión con otros vehículos y objetos en la vía; colisiones con otros vehículos; arrollamiento por vehículos en movimiento; arrollamiento por vehículos que se desplazan en las vías públicas y de estacionamientos; asalto a mano armada con probabilidad o no de impactos de balas; secuestro y/o extorsión; tensión laboral; acoso laboral; acoso sexual; agresión física, psicológica y/o verbal; exposición a virus, bacterias, hongos, mordeduras de animales, picaduras de insectos.

Scanned with CamScanner

De igual manera se le informa que está en el deber de mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, libres de obstáculos, abstenerse de derramar líquidos contaminantes en el piso, cuidar los equipos y herramientas de trabajo y que estos sean usados para este fin, cumplir y hacer cumplir la orden de ***NO FUMAR, NO INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS Y NO CONSUMIR SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICAS*** durante la jornada de trabajo, adoptar en el área de trabajo comportamientos seguros durante el desempeño de sus funciones, tener especial cuidado al manipular equipos, herramientas, líquidos inflamables, también otros objetos como, envases de vidrios, botellas, frascos. Si estos recipientes se utilizarán para envasar líquidos inflamables o tóxicos, deben estar debidamente rotulados según el elemento contenido.

Mantener buena higiene postural, al levantar cargas u objetos pesados de forma manual; tomar todas las medidas adecuadas para evitar accidentes laborales, usar adecuada y constantemente lo elementos y demás equipos de protección personal entregados, portar el carnet de identificación, así mismo tendrá la obligación de reportar por escrito actos y condiciones inseguras que observe o que pueda estar expuesto(a) en su labor.

Firma del Trabajador: _____

Fecha de Notificación: 15- Abril - 2026

Scanned with CamScanner

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO

DPTO	OPERATIVO	FECHA	15 - Abril - 2026
CARGO	Ayudante de obra	AREA	OPERATIVA

FACTOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.P.P	NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD
Físico	Exposición a ruido continuo	Desconcentración, cefaleas, alteraciones auditivas, hipoacusia.	Guantes de vaqueta, caucho o nitrilo. Gafas de seguridad o monogafas. Protector auditivo de inserción o copa. Tapabocas o respirador. Casco de Seguridad Blanco o Amarillo. Botas de Material o de Caucho. Overol. Chaleco Reflectivo.	Uso de protectores auditivos.
Químico	Exposición a material particulado (polvo)	Afecciones respiratorias en vías aéreas y pulmón, irritación mucosa.		Uso de tapabocas.
Mecánico	Caídas al mismo nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.		Señalizar las áreas que representen riesgo. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia. No corre area de trabajo, inspección preoperacional.
	Manipulación de herramientas manuales	Contusiones, golpes, cortaduras, raspones.		Charlas de seguridad sobre manejo seguro de herramientas.
Biológico	Bacterias, hongos, parasitos.	Enfermedades infectocontagiosas, y de la piel.		Uso de guantes de caucho, tapabocas, lavado de manos.
Eléctrico	Conexiones eléctricas. Plantas eléctricas.	Choque eléctrico, electrocución, incendio.		No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas. Identificar redes de energía eléctrica. No hacer conexiones eléctricas ilegales. Mantener tomacorrientes machos y hembras en buen estado.
Ergonómico	Posturas inadecuadas por tiempo prolongado	Lumbalgias, retracciones musculares.	-	Capacitación en higiene postural. Pausas activas.
	Levantamiento y transporte de cargas.	Lumbalgias, hernias, retracciones musculares.	-	Capacitación en el manejo adecuado de cargas.
Seguridad Pública	Inseguridad pública en las vías de desplazamiento.	Asaltos, robos, atracos.	-	Tomar medidas de precaución. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.
Psicosocial	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión.	-	Charla sobre manejo de estrés.
Incendio	Conexiones eléctricas, material combustible.	Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.	-	Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.
Naturales	Terremotos, inundaciones.	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Ayudante de obra

NOTIFICADO:

NOMBRE: Kevin Alejandro Naranjo Suba FIRMA:

C.C.: 1.000.727.694

Puente Aranda
Bogotá
sstconsorcioada@gmail.com

Scanned with CamScanner

Lugar: _____

Fecha: _____

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vinculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** _____

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: Kevin.

Nombre: Kevin Naranjo

Cédula: 1.000.127.694.

Scanned with CamScanner

Lugar: _____

Fecha: _____

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vinculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** _____

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: Kevin.

Nombre: Kevin Naranjo

Cédula: 4.000.427.694.

Scanned with CamScanner

CONSORCIO ADA 045	**SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST**	ALCALDÍA LOCAL DE PUENTE ARANDA

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Kevin Naranjo CARGO: Ayudante de obra

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 15-Abril-2026

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		✓
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		✓
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		✓

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente

CONCEPTO	DEFINICIÓN	A	B	C
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	✓		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			✓
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mi		✓	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro			

Scanned with CamScanner

	B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			✓
CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	✓		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			✓
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		✓	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? Sura

Yo Kevin Naranjo me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de seguridad, salud en el trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial), reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma Kevin

Scanned with CamScanner

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	

ENTREGA DE DOTACIÓN

NOMBRE: Kevin Alejandro Naranjo Suta
CARGO: Ayudante de obra
C.C.: 1.000.714.694

TALLAS — OVEROL: ✓ — CHAQUETA: — BOTAS: ✓

PROTECCION PERSONAL

FECHA DE ENTREGA			FIRMA DE RECIBIDO	BOTAS DE SEGURIDAD / CALZADO		CAMISA	PANTALON	OVEROL COMPLETO	CHAQUETA		CHALECO		
DIA	MES	AÑO		Casco	Cuero				Impermeable	Lafelid	Aux Aseo	Aux Trabajo	Aux profesional
15	04	26		✓	✓	✓	✓	✓				✓	

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

Scanned with CamScanner

FECHA DE ENTREGA			FIRMA DE RECIBIDO	PROTECCIÓN VISUAL		PROTECCIÓN RESPIRATORIA					PROTECCIÓN FACIAL Y CABEZA		PROTECCIÓN AUDITIVA		PROTECCION MANUAL			
				MONOGAFAS		MASCARILLA		MEDIA CARA					TAPONDO		GUANTES			
DIA	MES	AÑO		Blancas	Oscuras	Con filtro	Sin filtro	Gases	Particulado	Desechable	CASCO TIPO	CARETA TIPO	Inserción	Copa	Nitrilo	Vaqueta	Caucho	Otro
15	09	26		✓						5	✓		✓			✓	✓	

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

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.727.694

NARANJO SUSA

APELLIDOS

KEVIN ALEJANDRO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 20-DIC-2001

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.71	A+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-DIC-2019 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

A-1500150-01437788-M-1000727694-20240507 0139970969A 1 8511644502

MEDILABORAL

Certificado Médico Ocupacional



EMPRESA

CONSORCIO ADA 045

NO. CERTIFICADO	2.197.129	**FECHA**	14/04/2026 10:28 a.m.	**PRESTADOR/SEDE**	BOGOTÁ - SANTA BARBARA		
PENSIONES	PORVENIR	**ARL**	NO REFIERE				
EPS	SALUD TOTAL			**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NOMBRES Y APELLIDOS	NARANJO SUSA KEVIN ALEJANDRO			**NO. DOCUMENTO**	CC. 1.000.727.694		
TIPO DE CARGO	OPERATIVO			**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA - OFICIOS VARIOS		
EDAD	24	**SEXO**	M	**TELÉFONO**	3115702508	**CORREO**	ke.vin-xp@hotmail.com

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

EXÁMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - ESPIROMETRÍA - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - OPTOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Apto sin restricciones para el cargo	NA

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS - HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL - REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LIMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS - USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN CONSERVACIÓN AUDITIVA - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN CONSERVACIÓN VISUAL

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS

SE RETROALIMENTA AL PACIENTE SOBRE HALLAZGOS DE LA CONSULTA, EL PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL PERIÓDICO - DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL SGSST DE LA EMPRESA - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - USO ALTERNO DEL TELEFONO; VOLUMEN MODERADO DE LOS DISPOSITIVOS DE USO RECREATIVO; LIMPIEZA AUDITIVA EXTERNA NO INTRODUCIR HISOPOS EN EL CONDUCTO - USO DE EPPA (PROTECCIÓN AUDITIVA) - DE ACUERDO A NIVEL DE EXPOSICION A RUIDO

RECOMENDACIONES OPTOMETRIA

CONTINUAR USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE - CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR

MEDILABORAL

Certificado Médico Ocupacional

EMPRESA

CONSORCIO ADA 045



NO. CERTIFICADO	2.197.129	**FECHA**	14/04/2026 10:28 a.m.		**PRESTADOR/SEDE**	BOGOTÁ - SANTA BARBARA	
PENSIONES	PORVENIR		**ARL**	NO REFIERE			
EPS	SALUD TOTAL				**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO	
NOMBRES Y APELLIDOS	NARANJO SUSA KEVIN ALEJANDRO				**NO. DOCUMENTO**	CC. 1.000.727.694	
TIPO DE CARGO	OPERATIVO				**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA - OFICIOS VARIOS	
EDAD	24	**SEXO**	M	**TELÉFONO**	3115702508	**CORREO**	ke.vin-xp@hotmail.com

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Yo, NARANJO SUSA KEVIN ALEJANDRO, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 1.000.727.694, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que los reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

Derechos del titular: De acuerdo con el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, como titular de los datos personales, tengo derecho a: 1. Conocer, actualizar, rectificar, revocar, solicitar supresión de mis datos personales. 2. Solicitar prueba de la autorización otorgada. 3. Presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio si considero que se han vulnerado mis derechos.

La Política de Tratamiento de Datos Personales de MEDICINA LABORAL S.A.S. está disponible en https://medilaboral.com/documentacion/ donde se especifican los mecanismos y canales para ejercer mis derechos como titular de los datos personales.

Declaro que la información suministrada es veraz, completa y correcta, y manifiesto mi autorización para el tratamiento de mis datos personales conforme a los términos aquí establecidos.
En constancia, firmo:

Aspirante o trabajador

CC. 1.000.727.694

Aspirante o trabajador

CC. 1.000.727.694

Profesional

DRA. RITA ESTHER FLOREZ CASTILLO R.M 4305/87 CC26257969 LIC. 4663 DE 29/04/2019

ELABORADO Y EMITIDO POR

MEDICINA LABORAL S.A.S. 8301 42721 SEDE: SANTA BARBARA CRA 7 BIS A NO. 123-86 PBX: (601) 770 27 74 BOGOTÁ
Evaluación realizada conforme a la Resolución 1843 del 2025

Confidencial: Este documento es exclusivo de MEDICINA LABORAL S.A.S. por lo que, se encuentra prohibida su divulgación por cualquier medio sin autorización expresa y escrita. www.medilaboral.com

MEDILABORAL

SEÑOR(A):
NARANJO SUSA KEVIN ALEJANDRO
CC.: 1000727694

REF. RECOMENDACIONES EMITIDAS EN EL CONCEPTO MÉDICO DE LA IPS.

CORDIAL SALUDO,
EL DÍA 14 DE ABRIL DE 2026 FUE RECIBIDO POR LA EMPRESA EL CONCEPTO MÉDICO DE SU EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL EN EL CUAL NOS INFORMAN LAS SIGUIENTES:

RECOMENDACIONES:

· SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS

· CONTROL PERIÓDICO - DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL SGSST DE LA EMPRESA - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - USO ALTERNO DEL TELEFONO; VOLUMEN MODERADO DE LOS DISPOSITIVOS DE USO RECREATIVO; LIMPIEZA AUDITIVA EXTERNA NO INTRODUCIR HISOPOS EN EL CONDUCTO - USO DE EPPA (PROTECCIÓN AUDITIVA) - DE ACUERDO A NIVEL DE EXPOSICION A RUIDO

· CONTINUAR USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE - CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR

POR LO ANTERIOR; SOLICITAMOS QUE TRAMITE UNA CITA CON SU MÉDICO TRATANTE DE LA EPS PARA QUE PUEDA HACER EL SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES. A FAVOR DEL CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1072 DE 2015, LA RESOLUCIÓN 0312 DE 2019 Y EL SEGUIMIENTO DE NUESTRO SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

ACEPTO Y RECIBO INFORMACIÓN,

Recibido
14-Abril-2026.

Kevin

NARANJO SUSA KEVIN ALEJANDRO
CC.: 1000727694

SaludTotal

BOGOTA, Abril 13 de 2026

Señor:

NARANJO SUSA KEVIN ALEJANDRO

CC. 1000727694CL 69 B N 17 M 39 CIUDAD BOLIVAR - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Agosto 19 de 2022. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_cot	Sem_Ant	Parentesco	Estado_Afiliacion	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
NARANJO SUSA KEVIN ALEJANDRO	1000727694	C	Ago-19-2022	39	39	COTIZANTE	NO VIGENTE	Mar-1-2026	Desafiliado por desvinculación laboral	Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
CONSEJERIA Y SERVICIOS A LA PROPIEDAD HORIZONTAL S	1000727694	Dependiente	CERRADO
POWERCHINA INTERNATIONAL GROUP LIMITED SUCURSAL CO	1000727694	Dependiente	CERRADO
PROGRESAR SECURITY LTDA	1000727694	Dependiente	CERRADO
SEGURIDAD FENIX DE COLOMBIA LTDA	1000727694	Dependiente	CERRADO
SEGURIDAD PRIVADA TEXAS LTDA	1000727694	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

Igualmente tenemos registrada en nuestra base de datos que a partir de Agosto 1 de 2025, no se han realizado nuevos aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud por concepto de su afiliación. En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 01800 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.

Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

KEVIN ALEJANDRO NARANJO SUSA, identificado(a) con cédula de ciudadania **1.000.727.694**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Abril del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

FORMATO REQUISITOS CONTRATO

FECHA: 15/04/261
NOMBRE: Javier Javier Serpa Pertuz
CEDULA: 1122405907
CARGO: ayudante de obra
EMPRESA: consorcio ada

Los siguientes son los requisitos dados en el anexo técnico del contrato de obra publica **N° 487- 2025** celebrado entre el FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA y CONSORCIO ADA 045

PERSONAL

- [ ] HOJA DE VIDA
- [x] EXAMEN OCUPACIONAL
- [x] FOTOCOPIA DE CÉDULA
- [x] CERTIFICADO DE AFILIACIÓN (ARL,EPS,AFP,CCF)

MAQUINARIA

Toda maquinaria y equipo que vaya a ser usado en la ejecución del contrato, debe presentar los siguientes documentos, para revisión y aprobación , como requisito para su ingreso a la obra y posterior operación:

- [ ] Copia del manual de operación y mantenimiento
- [ ] Certificado expedido por un ingeniero mecánico con matricula profesional vigente en el que anote que la maquina se encuentra en óptimas condiciones técnico mecánicas de acuerdo a los parámetros establecidos por el fabricante para garantizar una operación segura y adecuada.
- [ ] Certificados de idoneidad del operario responsable de la máquina.
- [ ] Carta del responsable de la maquina en donde manifieste expresamente su compromiso de realizar el mantenimiento de acuerdo a los estipulado por el fabricante en el manual de operación y mantenimiento.

Cada vez que la maquinaria tenga que ser retirada de los frentes de obra, deberá informarse del hecho y en caso que sea reincorporada a las actividades de obra deberá presentarse un nuevo certificado expedido por un ingeniero mecánico.
Entregar mensualmente los certificados de materiales proveedores y disposición final de escombros en original expedidos por los proveedores y escombreras utilizados en la obra. Adicionalmente, se verificará los recibos de escombros y materiales contra los certificados.

Firma: Javier
Nombre:
TRABAJADOR

Firma:
Nombre:
SG-SST

Original: Dependencia responsable del contrato
Tera copia : Interventor
Tda copia: Contratista

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	

CONTRATANTE	FONDO DE DESARROLLO LOCAL PUENTE ARANDA
CONTRATISTA	CONSORCIO ADA 045

OBJETO DEL CONTRATO

"EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁ D.C, BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE"

LUGAR Y FECHA: Bogotá 15/04/26

NOMBRE DEL PROFESIONAL Jatiane Valdelecia

EMPRESA: Consorcio ADA 045

TEMA: Inducción

HORA DE INICIO: 7:00a HORA DE TERMINACIÓN: 8:00a

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
Jane J Serpa P.	1122905	ayudante	consorcio ada	Janer

Firma
Nombre

PROFESIONAL SG-SST

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.

• Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:

- Casco de seguridad.
- Calzado de seguridad.
- Protección auditiva
- Monogafas

• Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.

• Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas

• No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.

• Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.

• Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales

• No pase por debajo de materiales transportados por cualquier maquina.

• No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.

• No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que puedo poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.

• Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las instalaciones

• Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.

- □ Trabajo en alturas.
- □ Trabajos en caliente.
- □ Trabajos en espacios confinados

• Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA lo opere si no ha recibido entrenamiento

• Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.

• Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.

• En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial

• No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.

• Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.

• Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.

• Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

• Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.

• Uso de tapabocas obligatorio

• Prohibido el uso de celular en horas laborales

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de salud ocupacional.

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	FIRMA
Yaneis Serpa Perez	1122405907	ayudante	Sura	Nuevaeps	Porvenir	Yaneis

Observaciones:

Scanned with CamScanner

	CONTRATO DE OBRA No. 487-2025	Versión: 01
CONSORCIO ADA 045	"EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁ D.C, BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE"	

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

La empresa CONSORCIO ADA 045, domiciliada en la Ciudad de Bogotá D.C , Representada legalmente por el señor(a) Martin Calderón, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): Jose Javier Serpa Ruiz, identificado con cédula de ciudadanía N°: 1122405907 de San Juan de Rioseco que con motivo del desempeño de sus labores como ayudante de obra en esta empresa, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

Resbalones, tropiezos y caídas al desplazarse pudiendo sufrir fracturas óseas en cualquier parte del cuerpo; caídas a desnivel al subir o bajar escalones y al desplazarse; choque eléctrico por falla intrínseca, equipos o conectores defectuosos; entrada de gases, vapores, partículas o cuerpos extraños en el conducto buco-faríngeo; lesiones por contacto con superficies filosas; contacto con equipos y corriente eléctrica; shock eléctrico; lesiones por golpes, objetos proyectados u atrapamientos con máquinas, vehículos, equipos, áreas de oficinas, etc; temperaturas extremas por calor o frío, lumbago ; posturas inadecuadas al levantar peso, al conducir los equipos y herramientas de trabajo, etc; sobrecarga osteo-muscular por posturas incorrectas y movimientos repetitivos; deformaciones músculo esqueléticas; fatiga visual; disminución a largo plazo de la agudeza visual; lesiones visuales por proyección de partículas; disminución a largo plazo de la agudeza auditiva por sonidos de golpe; Intoxicación Química; explosiones e incendios: exposición a factores meteorológicos (lluvia y/o tormentas); lesiones por colisión con otros vehículos y objetos en la vía; colisiones con otros vehículos; arrollamiento por vehículos en movimiento; arrollamiento por vehículos que se desplazan en las vías públicas y de estacionamientos; asalto a mano armada con probabilidad o no de impactos de balas; secuestro y/o extorsión; tensión laboral; acoso laboral; acoso sexual; agresión física, psicológica y/o verbal; exposición a virus, bacterias, hongos, mordeduras de animales, picaduras de insectos.

Scanned with CamScanner

De igual manera se le informa que está en el deber de mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, libres de obstáculos, abstenerse de derramar líquidos contaminantes en el piso, cuidar los equipos y herramientas de trabajo y que estos sean usados para este fin, cumplir y hacer cumplir la orden de ***NO FUMAR, NO INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS Y NO CONSUMIR SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICAS*** durante la jornada de trabajo, adoptar en el área de trabajo comportamientos seguros durante el desempeño de sus funciones, tener especial cuidado al manipular equipos, herramientas, líquidos inflamables, también otros objetos como, envases de vidrios, botellas, frascos. Si estos recipientes se utilizarán para envasar líquidos inflamables o tóxicos, deben estar debidamente rotulados según el elemento contenido.

Mantener buena higiene postural, al levantar cargas u objetos pesados de forma manual; tomar todas las medidas adecuadas para evitar accidentes laborales, usar adecuada y constantemente lo elementos y demás equipos de protección personal entregados, portar el carnet de identificación, así mismo tendrá la obligación de reportar por escrito actos y condiciones inseguras que observe o que pueda estar expuesto(a) en su labor.

Firma del Trabajador: Jarner 15/04/026

Fecha de Notificación: 14 Diciembre 1991

Scanned with CamScanner

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO

DPTO	OPERATIVO	FECHA	15/04.026.
CARGO	ayudante	AREA	OPERATIVA

FACTOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.P.P	NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD
Físico	Exposición a ruido continuo	Desconcentración, cefaleas, alteraciones auditivas, hipoacusia.	Guantes de vaqueta, caucho o nitrilo. Gafas de seguridad o monogafas. Protector auditivo de inserción o copa. Tapabocas o respirador. Casco de Seguridad Blanco o Amarillo. Botas de Material o de Caucho. Overol. Chaleco Reflectivo.	Uso de protectores auditivos.
Químico	Exposición a material particulado (polvo)	Afecciones respiratorias en vías aéreas y pulmón, irritación mucosa.		Uso de tapabocas.
Mecánico	Caídas al mismo nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.		Señalizar las áreas que representan riesgo. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia. No corre area de trabajo, inspección preoperacional.
	Manipulación de herramientas manuales	Contusiones, golpes, cortaduras, raspones.		Charlas de seguridad sobre manejo seguro de herramientas.
Biológico	Bacterias, hongos, parasitos.	Enfermedades infectocontagiosas, y de la piel.		Uso de guantes de caucho, tapabocas, lavado de manos.
Eléctrico	Conexiones eléctricas. Plantas eléctricas.	Choque eléctrico, electrocución, incendio.		No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas. Identificar redes de energía eléctrica. No hacer conexiones eléctricas ilegales. Mantener tomacorrientes machos y hembras en buen estado.
Ergonómico	Posturas inadecuadas por tiempo prolongado	Lumbalgias, retracciones musculares.	-	Capacitación en higiene postural. Pausas activas.
	Levantamiento y transporte de cargas.	Lumbalgias, hernias, retracciones musculares.	-	Capacitación en el manejo adecuado de cargas.
Seguridad Pública	Inseguridad pública en las vías de desplazamiento.	Asaltos, robos, atracos.	-	Tomar medidas de precaución. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.
Psicosocial	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión.	-	Charla sobre manejo de estrés.
Incendio	Conexiones eléctricas, material combustible.	Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.	-	Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.
Naturales	Terremotos, inundaciones.	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE ayudante de obra

NOTIFICADO:

NOMBRE: Janer Javier serpa pertuz FIRMA: Janer

C.C.: 1122405907

Scanned with CamScanner

Lugar: _____

Fecha: _____

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vinculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** _____

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: Janer

Nombre: Janer J Serpa

Cédula: 1122405907

Scanned with CamScanner

CONSORCIO ADA 045	**SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST**	ALCALDÍA LOCAL DE PUENTE ARANDA

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Janer J. Serpa .P. CARGO: ayudante

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 15/04/026

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		✓
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		✓
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		✓

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente

CONCEPTO	DEFINICIÓN	A	B	C
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	✓		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			✓
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mi		✓	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro			✓

Scanned with CamScanner

	B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			✓
CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	✓		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			✓
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		✓	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? SURA

Yo Jansi Sorpa P. James me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de seguridad, salud en el trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial), reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma Jamer

Scanned with CamScanner

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

ENTREGA DE DOTACIÓN

NOMBRE: Javier Jhuer Serpa
CARGO: Albañil
C.C.: 1122405407

TALLAS — OVEROL: ✓ — CHAQUETA: ✓ — BOTAS: ✓

PROTECCION PERSONAL

FECHA DE ENTREGA			FIRMA DE RECIBIDO	BOTAS DE SEGURIDAD / CALZADO		CAMISA	PANTALON	OVEROL COMPLETO	CHAQUETA		CHALECO		
DIA	MES	AÑO		Caucho	Cuero				Impermeable	Lafalot	Alta Alas	Alta Trafico	Alta profesional
15	09	26	Javier	✓	✓	✓	✓	✓			✓		

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

Scanned with CamScanner

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

NOMBRE: Javier J. Sierra
CARGO: aydante c
C.C.: 1122405907

FECHA DE ENTREGA			FIRMA DE RECIBIDO	PROTECCIÓN VISUAL		PROTECCIÓN RESPIRATORIA					PROTECCIÓN FACIAL Y CABEZA		PROTECCIÓN AUDITIVA		PROTECCION MANUAL			
				MONOGAFAS		MASCARILLA		MEDIA CARA		Desechable	CASCO TIPO	CARETA TIPO	TAPAOIDO		GUANTES			
DIA	MES	AÑO		Blanca	Oscuras	Con filtro	Sin filtro	Cuero	Prefiltrado				Incoloro	Color	Nitrilo	Vaqueta	Caucho	Otro
15	09	26	Javier	✓						6	✓		✓			✓	✓	

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

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.122.405.907**

SERPA PERTUZ

APELLIDOS

JANER JAVIER

NOMBRES

Janer J Serpa P

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-DIC-1991**

AGUSTIN CODAZZI
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

14-ENE-2010 SAN JUAN DEL CESAR

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-2717400-01138050-M-1122405907-20200312 0070693726A 1 54540366

ESTADO CIVIL

MEDILABORAL

Certificado Médico Ocupacional



EMPRESA

CONSORCIO ADA 045

NO. CERTIFICADO	2.197.663	**FECHA**	14/04/2026 3:23 p.m.	**PRESTADOR/SEDE**	BOGOTÁ - SANTA BARBARA
PENSIONES	PORVENIR	**ARL**	SURA		
EPS	NUEVA EPS			**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO
NOMBRES Y APELLIDOS	SERPA PERTUZ JANER JAVIER			**NO. DOCUMENTO**	CC. 1.122.405.907
TIPO DE CARGO	OPERATIVO			**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA - OFICIOS VARIOS
EDAD	34	**SEXO**	M	**TELÉFONO**	3244652577	**CORREO**	serpajaner9@gmail.com

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

EXÁMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - ESPIROMETRÍA - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - OPTOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD	**OTROS CONCEPTOS**
Apto sin restricciones para el cargo	NA

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICION DE RIESGO - SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS

SE RETROALIMENTA AL PACIENTE SOBRE HALLAZGOS DE LA CONSULTA. EL PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL PERIÓDICO - DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL SGSST DE LA EMPRESA - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - NO USO DE HISOPOS , NO LAVADOS AUDITIVOS, NO INTRODUCIR OBJETOS DENTRO DEL CONDUCTO AUDITIVOS, EVITAR EXPOSICION A RUIDO ALTO, UTILIZAR VOLUMEN MODERADO DEL TELEVISOR - USO DE EPPA (PROTECCIÓN AUDITIVA) - SEGUN EL RIESGO DE EXPOSICION A RUIDO

RECOMENDACIONES OPTOMETRIA

CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - NO USO DE CORRECCION OPTICA - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Yo, SERPA PERTUZ JANER JAVIER, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 1.122.405.907, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

Derechos del titular: De acuerdo con el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, como titular de los datos personales, tengo derecho a: 1. Conocer, actualizar, rectificar, revocar, solicitar supresión de mis datos personales. 2. Solicitar prueba de la autorización otorgada. 3. Presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio si considero que se han vulnerado mis derechos.

La Política de Tratamiento de Datos Personales de MEDICINA LABORAL S.A.S. está disponible en <https://medilaboral.com/documentacion/> donde se especifican los mecanismos y canales para ejercer mis derechos como titular de los datos personales.

Declaro que la información suministrada es veraz, completa y correcta, y manifiesto mi autorización para el tratamiento de mis datos personales conforme a los términos aquí establecidos.
En constancia, firma:

Aspirante o trabajador

Janer

CC. 1.122.405.907

MEDILABORAL

Certificado Médico Ocupacional



EMPRESA

CONSORCIO ADA 045

NO. CERTIFICADO	2.197.663	**FECHA**	14/04/2026 3:23 p.m.	**PRESTADOR/SEDE**	BOGOTÁ - SANTA BARBARA
PENSIONES	PORVENIR	**ARL**	SURA		
EPS	NUEVA EPS			**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO
NOMBRES Y APELLIDOS	SERPA PERTUZ JANER JAVIER			**NO. DOCUMENTO**	CC. 1.122.405.907
TIPO DE CARGO	OPERATIVO			**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA - OFICIOS VARIOS
EDAD	34	**SEXO**	M	**TELÉFONO**	3244652577	**CORREO**	serpajaner9@gmail.com

Aspirante o trabajador

Janer

CC. 1.122.405.907

Profesional

DRA. CARMEN CECILIA CANTILLO BARRAZA R.M. 3285 CC 22447904 LIC 23050 DE18/05/2025

ELABORADO Y EMITIDO POR

MEDICINA LABORAL S.A.S. 830142721 SEDE: SANTA BARBARA CRA 7 BIS A NO. 123-86 PBX: (601) 770 27 74 BOGOTÁ

Evaluación realizada conforme a la Resolución 1843 del 2025

Confidencial: Este documento es exclusivo de MEDICINA LABORAL S.A.S. por lo que, se encuentra prohibida su divulgación por cualquier medio sin autorización expresa y escrita. www.medilaboral.com

MEDILABORAL

SEÑOR(A):
SERPA PERTUZ JANER JAVIER
CC.: 1122405907

REF. RECOMENDACIONES EMITIDAS EN EL CONCEPTO MÉDICO DE LA IPS.

CORDIAL SALUDO,
EL DÍA 14 DE ABRIL DE 2026 FUE RECIBIDO POR LA EMPRESA EL CONCEPTO MÉDICO DE SU EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL EN EL CUAL NOS INFORMAN LAS SIGUIENTES:

RECOMENDACIONES:

· SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS

· CONTROL PERIÓDICO - DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL SGSST DE LA EMPRESA - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - NO USO DE HISOPOS , NO LAVADOS AUDITIVOS, NO INTRODUCIR OBJETOS DENTRO DEL CONDUCTO AUDITIVOS, EVITAR EXPOSICION A RUIDO ALTO, UTILIZAR VOLUMEN MODERADO DEL TELEVISOR - USO DE EPPA (PROTECCIÓN AUDITIVA) - SEGUN EL RIESGO DE EXPOSICION A RUIDO

· CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - NO USO DE CORRECCION OPTICA - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR

POR LO ANTERIOR; SOLICITAMOS QUE TRAMITE UNA CITA CON SU MÉDICO TRATANTE DE LA EPS PARA QUE PUEDA HACER EL SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES, A FAVOR DEL CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1072 DE 2015, LA RESOLUCIÓN 0312 DE 2019 Y EL SEGUIMIENTO DE NUESTRO SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

ACEPTO Y RECIBO INFORMACIÓN.

Janer

SERPA PERTUZ JANER JAVIER
CC.: 1122405907

ARL | sura

Medellín, 19 de March de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO ADA 045.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1122405907	SERPA PERTUZ JANER JAVIER	20/03/2026		41972441	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 19/03/2026 15:38:44 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.17.139, 192.230.104.17, 172.16.42.57

NUEVA EPS S.A

NIT. 900156264-2

CERTI ICA QUE

El 25/03/2026, el empleador CONSORCIO ADA 045 identificado con NIT número 902016742 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	ECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
10155187	25/03/2026	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTI ICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	ECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	1122405907	JANERJAVIER SERPA PERTUZ	1750906	AYUDANTE DE OBRA	2026-03-20

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 25 días del mes de Marzo del año 2026.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE A ILIACIONES

Nueva

	FORMATO REQUISITOS CONTRATO	

FECHA: 15 DE ABRIL 2026
NOMBRE: ANTHONY RENGIFO DIAZ
CEDULA: 1045272524
CARGO: AYUDANTE DE OBRA
EMPRESA: CONSORCIO ADA 045

Los siguientes son los requisitos dados en el anexo técnico del contrato de obra publica **N° 487- 2025** celebrado entre el FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA y CONSORCIO ADA 045

PERSONAL

- [ ] HOJA DE VIDA
- [x] EXAMEN OCUPACIONAL
- [x] FOTOCOPIA DE CÉDULA
- [x] CERTIFICADO DE AFILIACIÓN (ARL,EPS,AFP,CCF)

MAQUINARIA

Toda maquinaria y equipo que vaya a ser usado en la ejecución del contrato, debe presentar los siguientes documentos, para revisión y aprobación , como requisito para su ingreso a la obra y posterior operación:

- [ ] Copia del manual de operación y mantenimiento
- [ ] Certificado expedido por un ingeniero mecánico con matricula profesional vigente en el que anote que la maquina se encuentra en óptimas condiciones técnico mecánicas de acuerdo a los parámetros establecidos por el fabricante para garantizar una operación segura y adecuada.
- [ ] Certificados de idoneidad del operario responsable de la máquina.
- [ ] Carta del responsable de la maquina en donde manifieste expresamente su compromiso de realizar el mantenimiento de acuerdo a los estipulado por el fabricante en el manual de operación y mantenimiento.

Cada vez que la maquinaria tenga que ser retirada de los frentes de obra, deberá informarse del hecho y en caso que sea reincorporada a las actividades de obra deberá presentarse un nuevo certificado expedido por un ingeniero mecánico.
Entregar mensualmente los certificados de materiales proveedores y disposición final de escombros en original expedidos por los proveedores y escombreras utilizados en la obra. Adicionalmente, se verificará los recibos de escombros y materiales contra los certificados.

Firma (Nombre) Anthony Rengifo
TRABAJADOR

Firma (Nombre)
SG-SST

Original:Dependencia responsable del contrato
1ra copia : Interventor
2da copia: Contratista

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	

CONTRATANTE	FONDO DE DESARROLLO LOCAL PUENTE ARANDA
CONTRATISTA	CONSORCIO ADA 045

OBJETO DEL CONTRATO

"EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁ D.C. BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE"

LUGAR Y FECHA: Bogotá 15/04/26

NOMBRE DEL PROFESIONAL Tatiana Valdelecia

EMPRESA: Consorcio ADA 045

TEMA: Inducción

HORA DE INICIO: 7:00 am HORA DE TERMINACIÓN: 8:00 am

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
Anthony Bermudez	1075272524	Ayudante obra	Consorcio ADA 045	Anthony Ber

(Firma)
(Nombre) PROFESIONAL SG-SST

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.

• Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:

- Casco de seguridad.
- Calzado de seguridad.
- Protección auditiva
- Monogafas

• Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.

• Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas

• No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.

• Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.

• Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales

• No pase por debajo de materiales transportados por cualquier maquina.

• No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.

• No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.

• Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las instalaciones

• Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.

- □ Trabajo en alturas.
- □ Trabajos en caliente.
- □ Trabajos en espacios confinados

• Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento

• Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.

• Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.

• En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial

• No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.

• Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.

• Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.

• Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

• Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecta orden y aseo.

• Uso de tapabocas obligatorio

• Prohibido el uso de celular en horas laborales

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de salud ocupacional.

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	FIRMA
Anthony Renfijo Bapti	1052252524	Auxiliar de obra	Sura	No aplica	Porvenir	Anthony Renfijo

Observaciones:

Scanned with CamScanner

	CONTRATO DE OBRA No. 487-2025	Versión: 01
CONSORCIO ADA 045	"EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁ D.C. BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE"	

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

La empresa CONSORCIO ADA 045, domiciliada en la Ciudad de Bogotá D.C , Representada legalmente por el señor(a) Martin Calderón, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): Anthony Rengifo Diaz, identificado con cédula de ciudadanía N°: 1075212529 de Neiva-Huila que con motivo del desempeño de sus labores como Ayudante de obra en esta empresa, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

Resbalones, tropiezos y caídas al desplazarse pudiendo sufrir fracturas óseas en cualquier parte del cuerpo; caídas a desnivel al subir o bajar escalones y al desplazarse; choque eléctrico por falla intrínseca, equipos o conectores defectuosos; entrada de gases, vapores, partículas o cuerpos extraños en el conducto buco-faríngeo; lesiones por contacto con superficies filosas; contacto con equipos y corriente eléctrica; shock eléctrico; lesiones por golpes, objetos proyectados u atrapamientos con máquinas, vehículos, equipos, áreas de oficinas, etc; temperaturas extremas por calor o frío, lumbago ; posturas inadecuadas al levantar peso, al conducir los equipos y herramientas de trabajo, etc; sobrecarga osteo-muscular por posturas incorrectas y movimientos repetitivos; deformaciones músculo esqueléticas; fatiga visual; disminución a largo plazo de la agudeza visual; lesiones visuales por proyección de partículas; disminución a largo plazo de la agudeza auditiva por sonidos de golpe; Intoxicación Química; explosiones e incendios: exposición a factores meteorológicos (lluvia y/o tormentas); lesiones por colisión con otros vehículos y objetos en la vía; colisiones con otros vehículos; arrollamiento por vehículos en movimiento; arrollamiento por vehículos que se desplazan en las vías públicas y de estacionamientos; asalto a mano armada con probabilidad o no de impactos de balas; secuestro y/o extorsión; tensión laboral; acoso laboral; acoso sexual; agresión física, psicológica y/o verbal; exposición a virus, bacterias, hongos, mordeduras de animales, picaduras de insectos.

Scanned with CamScanner

De igual manera se le informa que está en el deber de mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, libres de obstáculos, abstenerse de derramar líquidos contaminantes en el piso, cuidar los equipos y herramientas de trabajo y que estos sean usados para este fin, cumplir y hacer cumplir la orden de ***NO FUMAR, NO INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS Y NO CONSUMIR SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICAS*** durante la jornada de trabajo, adoptar en el área de trabajo comportamientos seguros durante el desempeño de sus funciones, tener especial cuidado al manipular equipos, herramientas, líquidos inflamables, también otros objetos como, envases de vidrios, botellas, frascos. Si estos recipientes se utilizarán para envasar líquidos inflamables o tóxicos, deben estar debidamente rotulados según el elemento contenido.

Mantener buena higiene postural, al levantar cargas u objetos pesados de forma manual; tomar todas las medidas adecuadas para evitar accidentes laborales, usar adecuada y constantemente lo elementos y demás equipos de protección personal entregados, portar el carnet de identificación, así mismo tendrá la obligación de reportar por escrito actos y condiciones inseguras que observe o que pueda estar expuesto(a) en su labor.

Firma del Trabajador: Anthony Rentifo

Fecha de Notificación: 15 DE Abril 2026

Scanned with CamScanner

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO

OPTO	OPERATIVO	FECHA	15 DE ABRIL 2016
CARGO	AYUDANTE DE OBRA	AREA	OPERATIVA

FACTOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.P.P	NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD
Físico	Exposición a ruido continuo	Desconcentración, cefaleas, alteraciones auditivas, hipoacusia	Guantes de vaqueta, caucho o nitrilo. Gafas de seguridad o monogafas. Protector auditivo de inserción o copa. Tapabocas o respirador. Casco de Seguridad Blanco o Amarillo. Botas de Material o de Caucho. Overol. Chaleco Reflectivo.	Uso de protectores auditivos.
Químico	Exposición a material particulado (polvo)	Afecciones respiratorias en vías aéreas y pulmón, irritación mucosa.		Uso de tapabocas.
Mecánico	Caídas al mismo nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.		Señalizar las áreas que representen riesgo. Supervisar que el área de trabajo se encuentre ordenada y limpia. No corre area de trabajo, Inspección preoperacional.
	Manipulación de herramientas manuales	Contusiones, golpes, cortaduras, raspones.		Charlas de seguridad sobre manejo seguro de herramientas.
Biológico	Bacterias, hongos, parasitos.	Enfermedades infectocontagiosas, y de la piel.		Uso de guantes de caucho, tapabocas, lavado de manos.
Eléctrico	Conexiones eléctricas. Plantas eléctricas.	Choque eléctrico, electrocución, incendio.		No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas. Identificar redes de energía eléctrica. No hacer conexiones eléctricas ilegales. Mantener tomacorrientes machos y hembras en buen estado.
Ergonómico	Posturas inadecuadas por tiempo prolongado	Lumbalgias, retracciones musculares.	-	Capacitación en higiene postural. Pausas activas.
	Levantamiento y transporte de cargas.	Lumbalgias, hernias, retracciones musculares.	-	Capacitación en el manejo adecuado de cargas.
Seguridad Pública	Inseguridad pública en las vías de desplazamiento.	Asaltos, robos, atracos.	-	Tomar medidas de precaución. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.
Psicosocial	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión.	-	Charla sobre manejo de estrés.
Incendio	Conexiones eléctricas, material combustible.	Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.	-	Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.
Naturales	Terremotos, Inundaciones.	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE AYUDANTE DE OBRA

NOTIFICADO:

NOMBRE: ANTHONY RENDIFO DIAZ **FIRMA:** ANTHONY RENDIFO

C.C.: 1075282524

Scanned with CamScanner

Lugar: _____

Fecha: _____

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vinculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** _____

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: Anthony Rengifo

Nombre: Anthony Rengifo D.C. AZ

Cédula: 1075212524

Scanned with CamScanner

CONSORCIO ADA 045	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	ALCALDÍA LOCAL DE PUENTE ARANDA

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: ANTHONY DENGIFO DIAZ CARGO: AYUDANTE DE OBRA

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 15 DE ABRIL 2026

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		✓
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		✓
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		✓

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente

CONCEPTO	DEFINICIÓN	A	B	C
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	✓		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			✓
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		✓	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro			✓

Scanned with CamScanner

	B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.			
CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	A		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			C
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		B	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? SURA

Yo Anthony Rengifo 1142 me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de seguridad, salud en el trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial), reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma Anthony Rengifo

Scanned with CamScanner

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	

ENTREGA DE DOTACIÓN

NOMBRE: ANTHONY RENGIFO DIAZ
CARGO: AYUDANTE DE OBRA
C.C.: 1085227524

TALLAS | OVEROL: ✓ | CHAQUETA: | BOTAS: ✓

PROTECCION PERSONAL

FECHA DE ENTREGA			FIRMA DE RECIBIDO	BOTAS DE SEGURIDAD / CALZADO		CAMISA	PANTALON	OVEROL COMPLETO	CHAQUETA		CHALECO		
DIA	MES	AÑO		Casaca	Cuero				Impermeable	Liviana	Alta Visib	Alta Tradicional	Alta profesional
15	04	26	ANTHONY	✓	✓	✓	✓	✓				✓	

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

Scanned with CamScanner

FECHA DE ENTREGA			FIRMA DE RECIBIDO	PROTECCIÓN VISUAL		PROTECCIÓN RESPIRATORIA					PROTECCIÓN FACIAL Y CABEZA		PROTECCIÓN AUDITIVA		PROTECCIÓN MANUAL			
				MONOGAFAS		MASCARILLA		MEDIA CARA		Desechable	CASCO TIPO	CARETA TIPO	TAPONDO		GUANTES			
DIA	MES	AÑO		Blanca	Oscuras	Con filtro	Sin filtro	Gases	Particulado				Insertables	Copa	Nitrilo	Vaqueta	Caucho	Otro
15	09	26	Anthony	✓						5			✓			✓	✓	


CÉDULA DE CIUDADANÍA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.075.212.524
Apellidos
RENJIFO DIAZ
Nombres
ANTHONY
Nacionalidad
COL
Estatura
1.66
Sexo
M
Fecha de nacimiento
01 MAYO 2004
G.S.
A+
Lugar de nacimiento
NEIVA (HUILA)
Fecha y lugar de expedición
09 MAYO 2022, NEIVA
Firma
Anthony Renjifo
Fecha de expiración
16 MAR 2033


019028336
REGISTRADOR NACIONAL
ICCOL019028336219001<<<<<<<<<<
0405018M3303160COL10752152 4<6
RENJIFO<DIAZ<<ANTHONY<<<<<<<<<

MEDILABORAL

Certificado Médico Ocupacional



EMPRESA

CONSORCIO ADA 045

NO. CERTIFICADO	2.196.345	**FECHA**	13/04/2026 2:20 p.m.	**PRESTADOR/SEDE**	BOGOTÁ - CENTRO MAYOR		
PENSIONES	NO REFIERE	**ARL**	NO REFIERE				
EPS	NUEVA EPS			**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NOMBRES Y APELLIDOS	RENJIFO DIAZ ANTHONY			**NO. DOCUMENTO**	CC. 1.075.212.524		
TIPO DE CARGO	OPERATIVO			**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA - OFICIOS VARIOS		
EDAD	21	**SEXO**	M	**TELÉFONO**	3212398215	**CORREO**	anthonyrenjifo373@gmail.com

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

EXÁMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - ESPIROMETRÍA - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - OPTOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Apto sin restricciones para el cargo	NA

RECOMENDACIONES GENERALES

ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, DIETA BAJA EN GRASAS Y AZUCARES , REALIZAR ACTIVDAD FISCA DE FORMA REGULAR .

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MÉDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS

SE RETROALIMENTA AL PACIENTE SOBRE HALLAZGOS DE LA CONSULTA, EL PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL PERIÓDICO - DE ACUERDO LO ESTABLECIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SGSST) DE LA EMPRESA - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - NO EXCEDER EL USO DE AUDÍFONOS RECREATIVOS MAS DE 1 HORA CONTINUA, USO ALTERNO DEL TELEFONO.

RECOMENDACIONES OPTOMETRIA

CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR - SEGUN CORRESPONDA

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Yo, RENJIFO DIAZ ANTHONY, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 1.075.212.524 en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que los reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

Derechos del titular: De acuerdo con el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, como titular de los datos personales, tengo derecho a: 1. Conocer, actualizar, rectificar, revocar, solicitar supresión de mis datos personales. 2. Solicitar prueba de la autorización otorgada. 3. Presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio si considero que se han vulnerado mis derechos.

La Política de Tratamiento de Datos Personales de MEDICINA LABORAL S.A.S. está disponible en [illegible] donde se especifican los mecanismos y canales para ejercer mis derechos como titular de los datos personales.

Declaro que la información suministrada es veraz, completa y correcta, y manifiesto mi autorización para el tratamiento de mis datos personales conforme a los términos aquí establecidos.
En constancia, firma:

Aspirante a trabajador

CC. 1.075.212.524

MEDILABORAL

Certificado Médico Ocupacional



EMPRESA

CONSORCIO ADA 045

NO. CERTIFICADO	2.196.345	**FECHA**	13/04/2026 2:20 p.m.	**PRESTADOR/SEDE**	BOGOTÁ - CENTRO MAYOR
PENSIONES	NO REFIERE	**ARL**	NO REFIERE		
EPS	NUEVA EPS			**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO
NOMBRES Y APELLIDOS	RENJIFO DIAZ ANTHONY			**NO. DOCUMENTO**	CC. 1.075.212.524
TIPO DE CARGO	OPERATIVO			**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA - OFICIOS VARIOS
EDAD	21	**SEXO**	M	**TELÉFONO**	3212398215	**CORREO**	anthonyrenjifo373@gmail.com

Aspirante o trabajador

CC. 1.075.212.524

Profesional

DR. LEON COTE WILLIAM ANDRES RM. 2045 CC88255673 LIC. 14224 DE 26-03-2024

ELABORADO Y EMITIDO POR

MEDICINA LABORAL S.A.S. 830140721 SEDE CENTRO MAYOR TRANSVERSAL 35 NO 38B - 85 SUR PBX: (601) 770 27 74 BOGOTÁ

Evaluación realizada conforme a la Resolución 1843 del 2025

Confidencial: Este documento es exclusivo de MEDICINA LABORAL S.A.S. por lo que, se encuentra prohibida su divulgación por cualquier medio sin autorización expresa y escrita. www.medilaboral.com

MEDILABORAL

SEÑOR(A):
RENJIFO DIAZ ANTHONY
CC.: 1075212524

REF. RECOMENDACIONES EMITIDAS EN EL CONCEPTO MÉDICO DE LA IPS.

CORDIAL SALUDO.
EL DÍA 13 DE ABRIL DE 2026 FUE RECIBIDO POR LA EMPRESA EL CONCEPTO MÉDICO DE SU EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL EN EL CUAL NOS INFORMAN LAS SIGUIENTES:

RECOMENDACIONES:

- SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS
- CONTROL PERIÓDICO - DE ACUERDO LO ESTABLECIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SGSST) DE LA EMPRESA - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - NO EXCEDER EL USO DE AUDÍFONOS RECREATIVOS MAS DE 1 HORA CONTINUA, USO ALTERNO DEL TELEFONO.
- CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR - SEGUN CORRESPONDA
- ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, DIETA BAJA EN GRASAS Y AZUCARES , REALIZAR ACTIVDAD FISCA DE FORMA REGULAR .

POR LO ANTERIOR; SOLICITAMOS QUE TRAMITE UNA CITA CON SU MÉDICO TRATANTE DE LA EPS PARA QUE PUEDA HACER EL SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES, A FAVOR DEL CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1072 DE 2015, LA RESOLUCIÓN 0312 DE 2019 Y EL SEGUIMIENTO DE NUESTRO SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

ACEPTO Y RECIBO INFORMACIÓN.

Anthony Renjifo Diaz Recibido 14 Abril 2026

RENJIFO DIAZ ANTHONY
CC.: 1075212524

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1075212524
NOMBRES	ANTHONY
APELLIDOS	RENJIFO DIAZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	HUILA
MUNICIPIO	NEIVA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	SUBSIDIADO	01/02/2025	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión:	04/14/2026 07:48:18	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

ARL | sura

Medellín, 14 de April de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO ADA 045.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1075212524	RENJIFO DIAZ ANTHONY	15/04/2026		4T243242	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 14/04/2026 08:33:13 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.17.57, 192.230.104.15, 172.16.42.57

	FORMATO REQUISITOS CONTRATO	

FECHA: 08-04-26
NOMBRE: Juan Stiven Soc Gonzales Palacios
CEDULA: 1077926643
CARGO: Ayudante
EMPRESA: Consorcio ADA. 045

Los siguientes son los requisitos dados en el anexo técnico del contrato de obra publica **N° 487- 2025** celebrado entre el FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA y CONSORCIO ADA 045

PERSONAL

- [ ] HOJA DE VIDA
- [x] EXAMEN OCUPACIONAL
- [ ] FOTOCOPIA DE CÉDULA
- [x] CERTIFICADO DE AFILIACIÓN (ARL,EPS,AFP,CCF)

MAQUINARIA

Toda maquinaria y equipo que vaya a ser usado en la ejecución del contrato, debe presentar los siguientes documentos, para revisión y aprobación , como requisito para su ingreso a la obra y posterior operación:

- [ ] Copia del manual de operación y mantenimiento
- [ ] Certificado expedido por un ingeniero mecánico con matricula profesional vigente en el que anote que la maquina se encuentra en óptimas condiciones técnico mecánicas de acuerdo a los parámetros establecidos por el fabricante para garantizar una operación segura y adecuada.
- [ ] Certificados de idoneidad del operario responsable de la máquina.
- [ ] Carta del responsable de la maquina en donde manifieste expresamente su compromiso de realizar el mantenimiento de acuerdo a los estipulado por el fabricante en el manual de operación y mantenimiento.

Cada vez que la maquinaria tenga que ser retirada de los frentes de obra, deberá informarse del hecho y en caso que sea reincorporada a las actividades de obra deberá presentarse un nuevo certificado expedido por un ingeniero mecánico.
Entregar mensualmente los certificados de materiales proveedores y disposición final de escombros en original expedidos por los proveedores y escombreras utilizados en la obra. Adicionalmente, se verificará los recibos de escombros y materiales contra los certificados.

Firma:
Nombre: C 1077926643

Firma:
Nombre:

80-087

Original:Dependencia responsable del contrato
1ra copia : Interventor
2da copia: Contratista

Scanned with CamScanner

	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	

CONTRATANTE	FONDO DE DESARROLLO LOCAL PUENTE ARANDA
CONTRATISTA	CONSORCIO ADA 045

OBJETO DEL CONTRATO

"EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁ D.C. BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE"

LUGAR Y FECHA: Bogotá 08/04/26

NOMBRE DEL PROFESIONAL Tatiana Valdelecia

EMPRESA: Consorcio ADA 045

TEMA: Inducción

HORA DE INICIO: 7:00 a.m. HORA DE TERMINACIÓN: 8:00 a.m.

TIPO

INDUCCIÓN	X	CAPACITACIÓN	
CHARLA INFORMATIVA		ENTRENAMIENTO	
		OTRO	

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	COMPAÑÍA	FIRMA
Juan Gonzales	1077426343	Ayudante	Consorcio ADA	

Tatiana V

(Firma)
(Nombre)
PROFESIONAL SG-SST

Scanned with CamScanner

CONSORCIO	REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO	

NORMAS DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA COMPAÑÍA

• Durante su permanencia en las instalaciones de la obra, debe mantener el documento de identificación, afiliación o carnét de la ARL y EPS.

• Todo personal que ingrese a la obra debe de utilizar obligatoriamente los siguientes elementos de protección elementos:

- Casco de seguridad.
- Calzado de seguridad.
- Protección auditiva
- Monogafas

• Esta PROHIBIDO FUMAR en el interior de la obra.

• Esta PROHIBIDO el ingreso al personal en estado de embriaguez y bajo el efecto de sustancias alucinógenas

• No se permite el ingreso a personas, que porten armas de cualquier tipo.

• Por ningún motivo se permitirá su estadía en lugares diferentes a los asignados.

• Observe y utilice las áreas de circulación peatonal, protegerse de los filos y las puntas de los materiales

• No pase por debajo de materiales transportados por cualquier maquina.

• No pase por debajo de material suspendido por maquinaria y esté atento a los movimientos que este realice.

• No corra, juegue, ni haga bromas o chistes que pueda poner en peligro su vida y la de sus acompañantes.

• Reporte cualquier condición insegura y situación de riesgo, durante su permanencia dentro de las instalaciones

• Todo personal debe solicitar autorización para realizar trabajos de alto riesgo.

- ☐ Trabajo en alturas.
- ☐ Trabajos en caliente.
- ☐ Trabajos en espacios confinados

• Manténgase alejado de las maquinas que desconozca y NUNCA la opere si no ha recibido entrenamiento

• Respete y observe las señales de prevención, no las modifique o retire de su lugar.

• Es obligatorio la asistencia a las charlas de seguridad que se dicten al interior de la obra.

• En caso de una emergencia siga las instrucciones del encargado de seguridad industrial

• No realizar ningún tipo de actividad para la cual usted no ha sido entrenado.

• Para realizar trabajos en altura debe de presentar su certificación.

• Respetar los horarios de ingreso y salida de la obra con su respectiva hora de almuerzo.

• Antes de ingresar a la laborar en la obra asegúrese de haber leído las normas de seguridad contenidas en este documento.

• Mantener el área de trabajo y de descanso en perfecto orden y aseo.

• Uso de tapabocas obligatorio

• Prohibido el uso de celular en horas laborales

Para poder ingresar a trabajar es obligatorio haber leído las normas de seguridad contenidas en siguiente documento y haber asistido a la inducción dictada por el departamento de salud ocupacional.

NOMBRE Y APELLIDOS	CEDULA	CARGO	ARL	EPS	AFP	FIRMA
Juan Gonzales	1077426393	Ayudante.	Sura	Salud total	Proteccion	

Observaciones:

Scanned with CamScanner

	CONTRATO DE OBRA No. 487-2025	Versión: 01
CONSORCIO ADA 045	"EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁ D.C, BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE"	

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

La empresa CONSORGIO ADA 045, domiciliada en la Ciudad de Bogotá D.C , Representada legalmente por el señor(a) Martin Calderón, cumpliendo con lo relacionado en el DECRETO 1072 de 2015 (DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR TRABAJO), Cumple con informarle al señor(a): Juan Gonzales, identificado con cédula de ciudadanía N°: 1077426343 de Bogotá. que con motivo del desempeño de sus labores como Ayudante en esta empresa, podría estar expuesto(a) a los siguientes riesgos laborales; es por ello que a la presente notificación encontrará un ANÁLISIS DE PELIGROS Y RIESGOS, identificados previamente con el fin de mantenerlo informado de las posibles lesiones o enfermedades laborales que puede contraer, a causa de un accidente laboral.

PELIGROS Y POSIBLES RIESGOS, SEGÚN LA ACTIVIDAD A REALIZAR.

Resbalones, tropiezos y caídas al desplazarse pudiendo sufrir fracturas óseas en cualquier parte del cuerpo; caídas a desnivel al subir o bajar escalones y al desplazarse; choque eléctrico por falla intrínseca, equipos o conectores defectuosos; entrada de gases, vapores, partículas o cuerpos extraños en el conducto buco-faríngeo; lesiones por contacto con superficies filosas; contacto con equipos y corriente eléctrica; shock eléctrico; lesiones por golpes, objetos proyectados u atrapamientos con máquinas, vehículos, equipos, áreas de oficinas, etc; temperaturas extremas por calor o frío, lumbago ; posturas inadecuadas al levantar peso, al conducir los equipos y herramientas de trabajo, etc; sobrecarga osteo-muscular por posturas incorrectas y movimientos repetitivos; deformaciones músculo esqueléticas; fatiga visual; disminución a largo plazo de la agudeza visual; lesiones visuales por proyección de partículas; disminución a largo plazo de la agudeza auditiva por sonidos de golpe; Intoxicación Química; explosiones e incendios: exposición a factores meteorológicos (lluvia y/o tormentas); lesiones por colisión con otros vehículos y objetos en la vía; colisiones con otros vehículos; arrollamiento por vehículos en movimiento; arrollamiento por vehículos que se desplazan en las vías públicas y de estacionamientos; asalto a mano armada con probabilidad o no de impactos de balas; secuestro y/o extorsión; tensión laboral; acoso laboral; acoso sexual; agresión física, psicológica y/o verbal; exposición a virus, bacterias, hongos, mordeduras de animales, picaduras de insectos.

Scanned with CamScanner

De igual manera se le informa que está en el deber de mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas, libres de obstáculos, abstenerse de derramar líquidos contaminantes en el piso, cuidar los equipos y herramientas de trabajo y que estos sean usados para este fin, cumplir y hacer cumplir la orden de ***NO FUMAR, NO INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS Y NO CONSUMIR SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES O PSICOTRÓPICAS*** durante la jornada de trabajo, adoptar en el área de trabajo comportamientos seguros durante el desempeño de sus funciones, tener especial cuidado al manipular equipos, herramientas, líquidos inflamables, también otros objetos como, envases de vidrios, botellas, frascos. Si estos recipientes se utilizarán para envasar líquidos inflamables o tóxicos, deben estar debidamente rotulados según el elemento contenido.

Mantener buena higiene postural, al levantar cargas u objetos pesados de forma manual; tomar todas las medidas adecuadas para evitar accidentes laborales, usar adecuada y constantemente lo elementos y demás equipos de protección personal entregados, portar el carnet de identificación, así mismo tendrá la obligación de reportar por escrito actos y condiciones inseguras que observe o que pueda estar expuesto(a) en su labor.

Firma del Trabajador: X

Fecha de Notificación: 03-04-26.

Scanned with CamScanner

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	

NOTIFICACIÓN DE RIESGOS POR PUESTO DE TRABAJO

OPTO	OPERATIVO	FECHA	08-09-26
CARGO	Ayudante	AREA	OPERATIVA

FACTOR DE RIESGO	CONDICIONES DE RIESGO	EFECTOS O RIESGO PARA LA PERSONA	E.P.P	NORMAS GENERALES DE SEGURIDAD
Físico	Exposición a ruido continuo	Desconcentración, cefaleas, alteraciones auditivas, hipoacusia.	Guantes de vaqueta, caucho o nitrilo. Gafas de seguridad o monogafas. Protector auditivo de inserción o copa. Tapabocas o respirador. Casco de Seguridad Blanco o Amarillo. Botas de Material o de Caucho. Overol. Chaleco Reflectivo.	Uso de protectores auditivos.
Químico	Exposición a material particulado (polvo)	Afecciones respiratorias en vías aéreas y pulmón, irritación mucosa.		Uso de tapabocas.
Mecánico	Caídas al mismo nivel	Golpes, laceraciones, fracturas en diferentes partes.		Señalizar las áreas que representen riesgo. Supervisar que el área de trabajo se encuentra ordenada y limpia. No corre area de trabajo, inspección preoperacional.
	Manipulación de herramientas manuales	Contusiones, golpes, cortaduras, rasones.		Charlas de seguridad sobre manejo seguro de herramientas.
Biológico	Bacterias, hongos, parasitos.	Enfermedades infectocontagiosas, y de la piel.		Uso de guantes de caucho, tapabocas, lavado de manos.
Eléctrico	Conexiones eléctricas. Plantas eléctricas.	Choque eléctrico, electrocución, incendio.		No realizar reparaciones eléctricas no autorizadas. Identificar redes de energía eléctrica. No hacer conexiones eléctricas ilegales. Mantener tomacorrientes machos y hembras en buen estado.
Ergonómico	Posturas inadecuadas por tiempo prolongado	Lumbalgias, retracciones musculares.	-	Capacitación en higiene postural. Pausas activas.
	Levantamiento y transporte de cargas.	Lumbalgias, hernias, retracciones musculares.	-	Capacitación en el manejo adecuado de cargas.
Seguridad Pública	Inseguridad pública en las vías de desplazamiento.	Asaltos, robos, atracos.	-	Tomar medidas de precaución. Restringir el acceso a la información de la empresa sin autorización.
Psicosocial	Organización del trabajo, contenido de la tarea	Estrés, depresión.	-	Charla sobre manejo de estrés.
Incendio	Conexiones eléctricas, material combustible.	Quemaduras, afecciones del tracto respiratorio.	-	Charla sobre manejo de extintores. Aplicar política de no fumadores.
Naturales	Terremotos, inundaciones.	Golpes, fracturas, hasta la muerte.	-	Seguir las directrices del Plan de emergencia. Conocer

Declaro que conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS PARA EL CARGO DE Ayudante.

NOTIFICADO:

NOMBRE: Juan Gonzales

C.C.: 1077426343.

FIRMA:

Puente Aranda
Bogotá
ssiconsorciada@gmail.com

Scanned with CamScanner

NOTIFICACIÓN DE DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO

Por medio de la presente, se informa que tiene derecho a realizarse el **EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE EGRESO** una vez termine su vinculo con la empresa, esto de acuerdo al artículo sexto de la resolución 2346 de 2007 (Ministerio de la protección social).

La orden médica de examen de egreso estará vigente durante los cinco días hábiles siguientes a la fecha de terminación del contrato.

Su examen se realizará en la **IPS** _____

Al firmar este documento usted acepta que tiene conocimiento de este tipo de examen y es responsabilidad suya realizárselo.

Recibí

Firma: _____

Nombre: Juan Gonzales.

Cédula: 1077426343

Scanned with CamScanner

CONSORCIO ADA 045	**SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST**	ALCALDÍA LOCAL DE PUENTE ARANDA

EVALUACIÒN DE INDUCCIÓN / REINDUCCIÓN

NOMBRE: Juan Gonzales. CARGO: Ayudante

INDUCCIÓN: X RE INDUCCIÓN: ___ FECHA REALIZACIÓN: 08/04/26

APROBÓ X NO APROBÓ ___

Responda las siguientes preguntas con falso o verdadero según corresponda:			
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**F**	**V**
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		X
REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	Documento en el cual se establecen normas, reglamentaciones y responsabilidades de la empresa y trabajadores. También se evalúan y establecen los factores de riesgo que se encuentran en el contexto laboral. En este se define el compromiso por brindar actividades para evitar ATEL, dar inducción a todo el personal, promover y garantizar la constitución y funcionamiento del COPASST, destinar recursos necesarios para desarrollar actividades en Seguridad y Salud en el Trabajo. Debe ser publicado en dos lugares y conocido por todo el personal.		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de la profesión que realice una persona o como consecuencia de un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte		X

De las TRES opciones que aparecen marque la respuesta correcta en la casilla correspondiente				
CONCEPTO	**DEFINICIÓN**	**A**	**B**	**C**
ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional, una invalidez o la muerte. B. Condición contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral. C. Todo aquello que potencialmente puede causar un daño el trabajador en el desarrollo de sus funciones.	X		
COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	A. Un grupo de trabajadores que evalúan riesgos. B. Un comité organizado por el empleador para juzgar trabajadores. C. Un organismo de vigilancia y control para la prevención del acoso laboral y riesgos psicosociales			X
REPORTE DE ACCIDENTE DE TRABAJO	A. Debe hacerse dentro de las 72 horas siguientes al suceso y debe comunicarse a un compañero B. Debe hacerse de manera inmediata y debe comunicarse al jefe inmediato y al área de seguridad salud en el trabajo C. No debo reportarlo ya que me pasó a mí		X	
RIESGO	A. Desviación de los procedimientos de trabajo seguro			

Scanned with CamScanner

	B. Requisito de seguridad y salud en el trabajo impuesto por el trabajador y que está presente en las actividades diarias C. Toda circunstancia capaz de causar un peligro en el contexto del desarrollo de una actividad laboral.	X		
CONDICIÓN INSEGURA	A. Aquellos factores físicos o circunstancias del medio de trabajo que pueden facilitar la ocurrencia de accidentes o incidentes B. Evento ocurrido en el trayecto de la casa al trabajo y que produce una lesión en el trabajador C. Toda condición en el entorno de trabajo que puede causar un accidente o enfermedad laboral	X		
PLAN DE EMERGENCIA	A. Cómo guardar la dotación en mi lugar de trabajo B. Qué sitios de interés visitar para conseguir clientes C. Conjunto de procedimientos y acciones que deben realizar las personas para afrontar una situación de Emergencia, con el objeto de evitar pérdidas humanas, materiales y económicas, haciendo uso de los recursos existentes en las instalaciones.			X
USTED QUEDA AFILIADO A	A. Seguro de responsabilidad civil, EPS y Seguro todo riesgo B. Sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP, CAJA DE COMPENSACIÓN) C. Sistema de vigilancia privada, SOAT y ARL		X	

¿A qué (ARL), quedará usted afiliado? Sura

Yo Juan Gonzales me comprometo a cumplir y aplicar todas las normas y requerimientos de seguridad, salud en el trabajo y medio ambiente, al igual que las políticas internas, Reglamento Interno de Trabajo, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial), reportar todo acto y condición insegura, accidente de trabajo y enfermedad laboral y cumplir con los protocolos de bioseguridad socializados.

Firma

Scanned with CamScanner

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	

ENTREGA DE DOTACIÓN

NOMBRE: Juan Gonzales
CARGO: Ayudante
C.C.: 1077426343

TALLAS — OVEROL: ✓ — CHAQUETA: ✓ — BOTAS: ✓

PROTECCIÓN PERSONAL

FECHA DE ENTREGA			FIRMA DE RECIBIDO	BOTAS DE SEGURIDAD Y CALZADO		CAMISA	PANTALÓN	OVEROL COMPLETO	CHAQUETA		CHALECO		
DÍA	MES	AÑO		Caucho	Cuero				Impermeable	Lafalar	Aux Aseo	Aux Tráfico	Aux profesional
08	09	26			X			X			X		

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

Scanned with CamScanner

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

NOMBRE: Juan Gonzales
CARGO: Ayudante
C.C.: 1077426343.

FECHA DE ENTREGA			FIRMA QUIEN RECIBIO	PROTECCIÓN VISUAL		PROTECCIÓN RESPIRATORIA					PROTECCIÓN FACIAL Y CABEZA		PROTECCIÓN AUDITIVA		PROTECCION MANUAL			
				MONOGAFAS		MASCARILLA		MEDIA CARA		Desechable	CASCO TIPO	CARETA TIPO	TAPONES		GUANTES			
DIA	MES	AÑO		Blanca	Oscuras	Con filtro	Sin filtro	Cara	Particulado				Inserción	Copa	Nitrilo	Vaqueta	Caucho	Otro
08	04	26		X						X	X					X	X	

Dando cumplimiento al Reglamento Interno de Trabajo y al Reglamento de Higiene y Seguridad y salud en el trabajo me comprometo a recibir, usar adecuadamente y mantener en buen estado los elementos de protección recibidos. Igualmente declaro que he recibido capacitación sobre como usar los elementos de protección personal que me han entregado y deja constancia que son elementos sin ningún tipo de costo para

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.077.426.343**

GONZALEZ PALACIOS

APELLIDOS

JUAN STIVINSON

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **24-SEP-1998**

QUIBDO
(CHOCO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

14-OCT-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01213469 M-1077426343-20210210 0073353099A 1 9914561953

MEDILABORAL

Certificado Médico Ocupacional



EMPRESA

CONSORCIO ADA 045

NO. CERTIFICADO	2.190.341	**FECHA**	07/04/2026 11:48 a.m.	**PRESTADOR/SEDE**	BOGOTÁ - SANTA BARBARA
PENSIONES	PROTECCION	**ARL**	NO RERERE		
EPS	SALUD TOTAL			**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO
NOMBRES Y APELLIDOS	GONZALEZ PALACIOS JUAN STIVINSON			**NO. DOCUMENTO**	CC. 1.077.426.343
TIPO DE CARGO	OPERATIVO			**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA - OFICIOS VARIOS
EDAD	27	**SEXO**	M	**TELÉFONO**	3137476686
				CORREO	stivinsongo494@gmail.com

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

EXÁMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - ESPIROMETRÍA - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - OPTOMETRIA

CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Apto sin restricciones para el cargo	NA

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR PROCESOS DE CAPACITACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE RIESGOS PROPIOS Y EL ADECUADO USO DE EPP PARA EL OFICIO A REALIZAR - SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA ESFUERZOS VISUALES - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA - DEJAR DE FUMAR.

SE RETROALIMENTA AL PACIENTE SOBRE HALLAZGOS DE LA CONSULTA, EL PACIENTE RERERE ENTENDER Y ACEPTAR.

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL PERIÓDICO - DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL SGSST DE LA EMPRESA - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - USO ALTERNO DEL TELEFONO; VOLUMEN MODERADO DE LOS DISPOSITIVOS DE USO RECREATIVO; LIMPIEZA AUDITIVA EXTERNA NO INTRODUCIR HISOPOS EN EL CONDUCTO - USO DE EPPA [PROTECCIÓN AUDITIVA] - DE ACUERDO AL NIVEL DE EXPOSICION A RUIDO

RECOMENDACIONES OPTOMETRIA

CORRECCIÓN OPTICA PARA ESFUERZO VISUAL PROLONGADO - REMISION VALORACION OPTOMETRIA FORMULAR CORRECION OPTICA - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Yo, GONZALEZ PALACIOS JUAN STIVINSON, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 1.077.426.343, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que los reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

Derechos del titular: De acuerdo con el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, como titular de los datos personales, tengo derecho a: 1. Conocer, actualizar, rectificar, revocar, solicitar supresión de mis datos personales. 2. Solicitar prueba de la autorización otorgada. 3. Presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio si considero que se han vulnerado mis derechos.

La Política de Tratamiento de Datos Personales de MEDICINA LABORAL S.A.S. está disponible en <https://medilaboral.com/documentacion/> donde se especifican los mecanismos y canales para ejercer mis derechos como titular de los datos personales.

Declaro que la información suministrada es veraz, completa y correcta, y manifiesto mi autorización para el tratamiento de mis datos personales conforme a los términos aquí establecidos.

En constancia, firmo:

Aspirante o trabajador

CC. 1.077.426.343

MEDILABORAL

Certificado Médico Ocupacional



EMPRESA

CONSORCIO ADA 045

NO. CERTIFICADO	2.190.341	**FECHA**	07/04/2026 11:48 a.m.	**PRESTADOR/SEDE**	BOGOTÁ - SANTA BARBARA		
PENSIONES	PROTECCION		**ARL**	NO REFIERE			
EPS	SALUD TOTAL				**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO	
NOMBRES Y APELLIDOS	GONZALEZ PALACIOS JUAN STIVINSON				**NO. DOCUMENTO**	CC. 1.077.426.343	
TIPO DE CARGO	OPERATIVO				**CARGO U OFICIO**	AYUDANTE DE OBRA - OFICIOS VARIOS	
EDAD	27	**SEXO**	M	**TELÉFONO**	3137476686	**CORREO**	stivinsongo494@gmail.com

Aspirante o trabajador

CC. 1.077.426.343

Profesional

DR. RONDON PEREZ SILVIO AUGUSTO R.M.4738/92 CC79157105 LIC. 234 DE 10-01-2018

ELABORADO Y EMITIDO POR

MEDICINA LABORAL S.A.S. 830142721 SEDE: SANTA BARBARA CRA 7 BIS A NO. 123-86 PBX: (601) 770 27 74 BOGOTÁ

Evaluación realizada conforme a la Resolución 1843 del 2025

Confidencial: Este documento es exclusivo de MEDICINA LABORAL S.A.S. por lo que, se encuentra prohibida su divulgación por cualquier medio sin autorización expresa y escrita. www.medilaboral.com

MEDILABORAL

SEÑOR(A):
GONZALEZ PALACIOS JUAN STIVINSON
CC.: 1077426343

REF. RECOMENDACIONES EMITIDAS EN EL CONCEPTO MÉDICO DE LA IPS.

CORDIAL SALUDO,
EL DÍA 7 DE ABRIL DE 2026 FUE RECIBIDO POR LA EMPRESA EL CONCEPTO MÉDICO DE SU EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL EN EL CUAL NOS INFORMAN LAS SIGUIENTES:

RECOMENDACIONES:

- SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA ESFUERZOS VISUALES - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA - DEJAR DE FUMAR.
- CONTROL PERIÓDICO - DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL SGSST DE LA EMPRESA - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - USO ALTERNO DEL TELEFONO; VOLUMEN MODERADO DE LOS DISPOSITIVOS DE USO RECREATIVO; LIMPIEZA AUDITIVA EXTERNA NO INTRODUCIR HISOPOS EN EL CONDUCTO - USO DE EPPA (PROTECCIÓN AUDITIVA) - DE ACUERDO AL NIVEL DE EXPOSICION A RUIDO
- CORRECCIÓN OPTICA PARA ESFUERZO VISUAL PROLONGADO - REMISION VALORACION OPTOMETRIA FORMULAR CORRECION OPTICA - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR

POR LO ANTERIOR; SOLICITAMOS QUE TRAMITE UNA CITA CON SU MÉDICO TRATANTE DE LA EPS PARA QUE PUEDA HACER EL SEGUIMIENTO A LAS RECOMENDACIONES, A FAVOR DEL CUMPLIMIENTO DE LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 1072 DE 2015, LA RESOLUCIÓN 0312 DE 2019 Y EL SEGUIMIENTO DE NUESTRO SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

ACEPTO Y RECIBO INFORMACIÓN.

recivido (07/04/2026)

GONZALEZ PALACIOS JUAN STIVINSON
CC.: 1077426343

ARL | sura

Medellín, 07 de April de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSORCIO ADA 045.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1077426343	GONZALEZ PALACIOS JUAN STIVINSON	08/04/2026		18044356	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 07/04/2026 15:54:57 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.17.57, 192.230.104.15, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1077426343
NOMBRES	JUAN STIVINSON
APELLIDOS	GONZALEZ PALACIOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	CONTRIBUTIVO	01/04/2024	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	04/06/2026 18:57:26	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Protección

Una empresa sura

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GONZALEZ PALACIOS JUAN STIVINSON** identificado(a) con **CC** número **1.077.426.343** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de noviembre de 2019 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 06 de abril de 2026.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** –
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customer0001.wolkvox.com/proteccion/index.php**

ANEXO 2. CERTIFICADO DE REVISOR FISCAL- REPRESENTANTE LEGAL

CERTIFICADO CUMPLIMIENTO DE PAGOS DE SALARIOS Y HONORARIOS Y DE APORTES PARAFISCALES PROPIOS Y AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Yo **Juan Ricardo Troncoso**, identificado (a) con la C. C. No. 80.026.555 en calidad de Representante Legal y/o Revisor Fiscal **Juan Ricardo Troncoso**, identificada con NIT 80.026.555, certifico que para el Contrato 487-2025, cuyo objeto es ***"EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁ D.C, BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE".,*** nos encontramos a paz y salvo por concepto de obligaciones derivadas de relaciones laborales y contractuales existentes entre nuestra empresa y las personas naturales con quien hemos firmado compromisos que están relacionados con el cumplimiento del objeto del contrato firmado con la alcaldía de Puente Aranda , entre otras pagos de salarios, prestaciones sociales, liquidaciones, indemnizaciones y nos encontramos al día en el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (EPS, AFP, ARL), así como los parafiscales relacionados con el Sena, ICBF y CCF, según corresponde al personal vinculado laboralmente o contratado en la modalidad de prestación de servicios bajo la normatividad civil, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Certificó igualmente, que se ha cumplido con las obligaciones contractuales y el pago de honorarios; así mismo en lo referente a la verificación de afiliación y pagos de aportes parafiscales y al sistema de seguridad social integral, verificando de nuestra parte el pago oportuno de todas las cotizaciones y específicamente para garantizar el cubrimiento de accidentes y enfermedades laborales por parte de las ARLs, se puede evidenciar el pago de acuerdo a la clase de riesgos de todos nuestros trabajadores y el cubrimiento de las personas vinculadas por prestación de servicios quienes aportan mensualmente sus pagos cuando sus actividades se enmarcan en actividades de clase de riesgo I, II o III, o por quienes pagamos los aportes cuando pertenecen a las clases IV y V de riesgos.

La presente certificación corresponde al personal registrado en el formato FOAC-83 o el que lo modifique o sustituya, en el informe mensual No **4** que comprende el periodo del **01** de **abril** de 2026 al **30** de **abril** de 2026, según lo relacionado a continuación:

CARGO	NOMBRE	CEDULA	TIPO DE CONTRATO
ESP. PAVIMENTOS	JUAN RICARDO TRONCOSO	80026555	OPS

Este documento se firma en cumplimiento de las obligaciones determinadas por las leyes laborales y civiles, que contemplan los cubrimientos que debemos brindar tanto a nuestros trabajadores como a contratistas, siendo nosotros los únicos responsables de garantizar que estén amparados y que la alcaldía de Puente Aranda como entidad contratante, se encuentra exonerada ante cualquier reclamación que se presente derivada de lo que bajo nuestra

responsabilidad certificamos y firmamos, ya que su contenido corresponde a la realidad y existen soportes de su veracidad, los cuales se encuentran bajo nuestra custodia y pueden ser consultados cuando sean requeridos.

Como constancia se firma a los, **30** día(s) del mes de **abril** de 2026.



Firma: _____
Nombre Juan Ricardo Troncoso
Representante Legal o Revisor Fiscal
C. C. 80.026.555

CERTIFICADO CUMPLIMIENTO DE PAGOS DE SALARIOS Y HONORARIOS Y DE APORTES PARAFISCALES PROPIOS Y AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Yo **Lisandro Núñez Galeano**, identificado (a) con la C. C. No. 5.471.618 en calidad de Representante Legal y/o Revisor Fiscal **Lisandro Núñez Galeano**, identificada con NIT 5.471.618, certifico que para el Contrato 487-2025, cuyo objeto es ***"EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁ D.C, BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE".,*** nos encontramos a paz y salvo por concepto de obligaciones derivadas de relaciones laborales y contractuales existentes entre nuestra empresa y las personas naturales con quien hemos firmado compromisos que están relacionados con el cumplimiento del objeto del contrato firmado con la alcaldía de Puente Aranda , entre otras pagos de salarios, prestaciones sociales, liquidaciones, indemnizaciones y nos encontramos al día en el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (EPS, AFP, ARL), así como los parafiscales relacionados con el Sena, ICBF y CCF, según corresponde al personal vinculado laboralmente o contratado en la modalidad de prestación de servicios bajo la normatividad civil, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Certificó igualmente, que se ha cumplido con las obligaciones contractuales y el pago de honorarios; así mismo en lo referente a la verificación de afiliación y pagos de aportes parafiscales y al sistema de seguridad social integral, verificando de nuestra parte el pago oportuno de todas las cotizaciones y específicamente para garantizar el cubrimiento de accidentes y enfermedades laborales por parte de las ARLs, se puede evidenciar el pago de acuerdo a la clase de riesgos de todos nuestros trabajadores y el cubrimiento de las personas vinculadas por prestación de servicios quienes aportan mensualmente sus pagos cuando sus actividades se enmarcan en actividades de clase de riesgo I, II o III, o por quienes pagamos los aportes cuando pertenecen a las clases IV y V de riesgos.

La presente certificación corresponde al personal registrado en el formato FOAC-83 o el que lo modifique o sustituya, en el informe mensual No **4** que comprende el periodo del **01** de **abril** de 2026 al **30** de **abril** de 2026, según lo relacionado a continuación:

CARGO	NOMBRE	CEDULA	TIPO DE CONTRATO
ESP. HIDRAULICO	LISANDRO NUÑEZ GALEANO	5.471.618	OPS

Este documento se firma en cumplimiento de las obligaciones determinadas por las leyes laborales y civiles, que contemplan los cubrimientos que debemos brindar tanto a nuestros trabajadores como a contratistas, siendo nosotros los únicos responsables de garantizar que estén amparados y que la alcaldía de Puente Aranda como entidad contratante, se encuentra

exonerada ante cualquier reclamación que se presente derivada de lo que bajo nuestra responsabilidad certificamos y firmamos, ya que su contenido corresponde a la realidad y existen soportes de su veracidad, los cuales se encuentran bajo nuestra custodia y pueden ser consultados cuando sean requeridos.

Como constancia se firma a los, **30** día(s) del mes de **abril** de 2026.



Firma: _____
Nombre Lisandro Núñez Galeano
Representante Legal o Revisor Fiscal
C. C. 5.471.618

CERTIFICADO CUMPLIMIENTO DE PAGOS DE SALARIOS Y HONORARIOS Y DE APORTES PARAFISCALES PROPIOS Y AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Yo **Juan Felipe Delgado Valbuena**, identificado (a) con la C. C. No. 79947081 en calidad de Representante Legal y/o Revisor Fiscal **Consorcio Suba Vial Vr**, identificada con NIT **901903833**, certifico que para el Contrato 487-2025, cuyo objeto es ***"EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁD.C, BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE".,*** nos encontramos a paz y salvo por concepto de obligaciones derivadas de relaciones laborales y contractuales existentes entre nuestra empresa y las personas naturales con quien hemos firmado compromisos que están relacionados con el cumplimiento del objeto del contrato firmado con la alcaldía de Puente Aranda, entre otras pagos de salarios, prestaciones sociales, liquidaciones, indemnizaciones y nos encontramos al día en el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (EPS, AFP, ARL), así como los parafiscales relacionados con el Sena, ICBF y CCF, según corresponde al personal vinculado laboralmente o contratado en la modalidad de prestación de servicios bajo la normatividad civil, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Certificó igualmente, que se ha cumplido con las obligaciones contractuales y el pago de honorarios; así mismo en lo referente a la verificación de afiliación y pagos de aportes parafiscales y al sistema de seguridad social integral, verificando de nuestra parte el pago oportuno de todas las cotizaciones y específicamente para garantizar el cubrimiento de accidentes y enfermedades laborales por parte de las ARLs, se puede evidenciar el pago de acuerdo a la clase de riesgos de todos nuestros trabajadores y el cubrimiento de las personas vinculadas por prestación de servicios quienes aportan mensualmente sus pagos cuando sus actividades se enmarcan en actividades de clase de riesgo I, II o III, o por quienes pagamos los aportes cuando pertenecen a las clases IV y V de riesgos.

La presente certificación corresponde al personal registrado en el formato FOAC-83 o el que lo modifique o sustituya, en el informe mensual No 4 que comprende el periodo del 01 de abril de 2026 al 30 de abril de 2026, según lo relacionado a continuación:

CARGO	NOMBRE	CEDULA	TIPO DE CONTRATO
CONDUCTOR	YEISON FABIAN CERQUERA	1012328897	LABORAL

Este documento se firma en cumplimiento de las obligaciones determinadas por las leyes laborales y civiles, que contemplan los cubrimientos que debemos brindar tanto a nuestros trabajadores como a contratistas, siendo nosotros los únicos responsables de garantizar que estén amparados y que la alcaldía de Puente Aranda como entidad contratante, se encuentra exonerada ante cualquier reclamación que se presente derivada de lo que bajo nuestra responsabilidad certificamos y firmamos, ya que su contenido corresponde a la realidad y existen soportes de su veracidad, los cuales se encuentran bajo nuestra custodia y pueden ser consultados cuando sean requeridos.

Como constancia se firma a los, 30 día(s) del mes de abril de 2026.



Firma: _____
Nombre: JUAN FELIPE DELGADO VALBUENA
Representante Legal o Revisor Fiscal
C. C. 79947081

FORMATO			
CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PAGOS SSI Y PARAFISCALES			
		VERSION	
CODIGO 104		1	

CERTIFICADO CUMPLIMIENTO DE PAGOS DE SALARIOS Y HONORARIOS Y DE APORTES PARAFISCALES PROPIOS Y AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Yo **Henry Casas Caro**, identificado (a) con la C. C. No. 79609955 en calidad de Representante Legal y/o Revisor Fiscal **Henry Casas Caro**, identificada con NIT 79609955, certifico que para el Contrato 487-2025, cuyo objeto es ***"EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁD.C, BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE".,*** nos encontramos a paz y salvo por concepto de obligaciones derivadas de relaciones laborales y contractuales existentes entre nuestra empresa y las personas naturales con quien hemos firmado compromisos que están relacionados con el cumplimiento del objeto del contrato firmado con la alcaldía de Puente Aranda, entre otras pagos de salarios, prestaciones sociales, liquidaciones, indemnizaciones y nos encontramos al día en el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (EPS, AFP, ARL), así como los parafiscales relacionados con el Sena, ICBF y CCF, según corresponde al personal vinculado laboralmente o contratado en la modalidad de prestación de servicios bajo la normatividad civil, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Certificó igualmente, que se ha cumplido con las obligaciones contractuales y el pago de honorarios; así mismo en lo referente a la verificación de afiliación y pagos de aportes parafiscales y al sistema de seguridad social integral, verificando de nuestra parte el pago oportuno de todas las cotizaciones y específicamente para garantizar el cubrimiento de accidentes y enfermedades laborales por parte de las ARLs, se puede evidenciar el pago de acuerdo a la clase de riesgos de todos nuestros trabajadores y el cubrimiento de las personas vinculadas por prestación de servicios quienes aportan mensualmente sus pagos cuando sus actividades se enmarcan en actividades de clase de riesgo I, II o III, o por quienes pagamos los aportes cuando pertenecen a las clases IV y V de riesgos.

La presente certificación corresponde al personal registrado en el formato FOAC-83 o el que lo modifique o sustituya, en el informe mensual No 4 que comprende el periodo del 01 de abril de 2026 al 30 de abril de 2026, según lo relacionado a continuación:

CARGO	NOMBRE	CEDULA	TIPO DE CONTRATO
CONDUCTOR	HENRY CASAS CARO	79609955	LABORAL

Este documento se firma en cumplimiento de las obligaciones determinadas por las leyes laborales y civiles, que contemplan los cubrimientos que debemos brindar tanto a nuestros trabajadores como a contratistas, siendo nosotros los únicos responsables de garantizar que estén amparados y que la alcaldía de Puente Aranda como entidad contratante, se encuentra exonerada ante cualquier reclamación que se presente derivada de lo que bajo nuestra responsabilidad certificamos y firmamos, ya que su contenido corresponde a la realidad y existen soportes de su veracidad, los cuales se encuentran bajo nuestra custodia y pueden ser consultados cuando sean requeridos.

Como constancia se firma a los, 30 día(s) del mes de abril de 2026.

Firma: Henry Casas
Nombre: HENRY CASAS CARO
Representante Legal o Revisor Fiscal
C. C. 79.609.955

CERTIFICADO CUMPLIMIENTO DE PAGOS DE SALARIOS Y HONORARIOS Y DE APORTES PARAFISCALES PROPIOS Y AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Yo **Jose Mauricio Pedraza Ardila**, identificado (a) con la C. C. No. 80.750.070 en calidad de Representante Legal y/o Revisor Fiscal **Jose Mauricio Pedarza Ardila**, identificada con NIT **80750070** , certifico que para el Contrato 487-2025, cuyo objeto es ***"EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁD.C, BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE".,*** nos encontramos a paz y salvo por concepto de obligaciones derivadas de relaciones laborales y contractuales existentes entre nuestra empresa y las personas naturales con quien hemos firmado compromisos que están relacionados con el cumplimiento del objeto del contrato firmado con la alcaldía de Puente Aranda, entre otras pagos de salarios, prestaciones sociales, liquidaciones, indemnizaciones y nos encontramos al día en el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (EPS, AFP, ARL), así como los parafiscales relacionados con el Sena, ICBF y CCF, según corresponde al personal vinculado laboralmente o contratado en la modalidad de prestación de servicios bajo la normatividad civil, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Certificó igualmente, que se ha cumplido con las obligaciones contractuales y el pago de honorarios; así mismo en lo referente a la verificación de afiliación y pagos de aportes parafiscales y al sistema de seguridad social integral, verificando de nuestra parte el pago oportuno de todas las cotizaciones y específicamente para garantizar el cubrimiento de accidentes y enfermedades laborales por parte de las ARLs, se puede evidenciar el pago de acuerdo a la clase de riesgos de todos nuestros trabajadores y el cubrimiento de las personas vinculadas por prestación de servicios quienes aportan mensualmente sus pagos cuando sus actividades se enmarcan en actividades de clase de riesgo I, II o III, o por quienes pagamos los aportes cuando pertenecen a las clases IV y V de riesgos.

La presente certificación corresponde al personal registrado en el formato FOAC-83 o el que lo modifique o sustituya, en el informe mensual No 4 que comprende el periodo del 01 de abril de 2026 al 30 de abril de 2026, según lo relacionado a continuación:

CARGO	NOMBRE	CEDULA	TIPO DE CONTRATO
CONDUCTOR	JOSE MAURICIO PEDRAZA ARDILA	80750070	LABORAL

Este documento se firma en cumplimiento de las obligaciones determinadas por las leyes laborales y civiles, que contemplan los cubrimientos que debemos brindar tanto a nuestros trabajadores como a contratistas, siendo nosotros los únicos responsables de garantizar que estén amparados y que la alcaldía de Puente Aranda como entidad contratante, se encuentra exonerada ante cualquier reclamación que se presente derivada de lo que bajo nuestra responsabilidad certificamos y firmamos, ya que su contenido corresponde a la realidad y existen soportes de su veracidad, los cuales se encuentran bajo nuestra custodia y pueden ser consultados cuando sean requeridos.

Como constancia se firma a los, 30 día(s) del mes de abril de 2026.

Firma: José Pedraza
Nombre: JOSE MAURICIO PEDRAZA
Representante Legal o Revisor Fiscal
C. C. 80. 750.070

FORMATO			
CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PAGOS SSI Y PARAFISCALES			
		VERSION	
CODIGO 104		1	

CERTIFICADO CUMPLIMIENTO DE PAGOS DE SALARIOS Y HONORARIOS Y DE APORTES PARAFISCALES PROPIOS Y AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Yo **Jose Silverio Ojeda Silva**, identificado (a) con la C. C. No. 4226939 en calidad de Representante Legal y/o Revisor Fiscal **Construcciones y Transportes Siglo XXI SAS**, identificada con NIT **901850515-6**, certifico que para el Contrato 487-2025, cuyo objeto es ***"EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁD.C, BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE".,*** nos encontramos a paz y salvo por concepto de obligaciones derivadas de relaciones laborales y contractuales existentes entre nuestra empresa y las personas naturales con quien hemos firmado compromisos que están relacionados con el cumplimiento del objeto del contrato firmado con la alcaldía de Puente Aranda, entre otras pagos de salarios, prestaciones sociales, liquidaciones, indemnizaciones y nos encontramos al día en el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (EPS, AFP, ARL), así como los parafiscales relacionados con el Sena, ICBF y CCF, según corresponde al personal vinculado laboralmente o contratado en la modalidad de prestación de servicios bajo la normatividad civil, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Certificó igualmente, que se ha cumplido con las obligaciones contractuales y el pago de honorarios; así mismo en lo referente a la verificación de afiliación y pagos de aportes parafiscales y al sistema de seguridad social integral, verificando de nuestra parte el pago oportuno de todas las cotizaciones y específicamente para garantizar el cubrimiento de accidentes y enfermedades laborales por parte de las ARLs, se puede evidenciar el pago de acuerdo a la clase de riesgos de todos nuestros trabajadores y el cubrimiento de las personas vinculadas por prestación de servicios quienes aportan mensualmente sus pagos cuando sus actividades se enmarcan en actividades de clase de riesgo I, II o III, o por quienes pagamos los aportes cuando pertenecen a las clases IV y V de riesgos.

La presente certificación corresponde al personal registrado en el formato FOAC-83 o el que lo modifique o sustituya, en el informe mensual No **4** que comprende el periodo del 01 de **abril** de 2026 al 3**0** de **abril** de 2026, según lo relacionado a continuación:

CARGO	NOMBRE	CEDULA	TIPO DE CONTRATO
CONDUCTOR	LUIS CARLOS CABALLERO	79210190	LABORAL

Este documento se firma en cumplimiento de las obligaciones determinadas por las leyes laborales y civiles, que contemplan los cubrimientos que debemos brindar tanto a nuestros trabajadores como a contratistas, siendo nosotros los únicos responsables de garantizar que estén amparados y que la alcaldía de Puente Aranda como entidad contratante, se encuentra exonerada ante cualquier reclamación que se presente derivada de lo que bajo nuestra responsabilidad certificamos y firmamos, ya que su contenido corresponde a la realidad y existen soportes de su veracidad, los cuales se encuentran bajo nuestra custodia y pueden ser consultados cuando sean requeridos.

Como constancia se firma a los, 30 día(s) del mes de **abril** de 2026.



Firma: _____
Nombre: JOSE OJEDA SILVA
Representante Legal o Revisor Fiscal
C. C. 4226939

FORMATO			
CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PAGOS SSI Y PARAFISCALES			
		VERSIÓN	
CODIGO 104		1	

CERTIFICADO CUMPLIMIENTO DE PAGOS DE SALARIOS Y HONORARIOS Y DE APORTES PARAFISCALES PROPIOS Y AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Yo **Juan Felipe Delgado Valbuena**, identificado (a) con la C. C. No 79.947.081 en calidad de Representante Legal y/o Revisor Fiscal **Consorcio Capital**, identificada con NIT **901734089**, certifico que para el Contrato 487-2025, cuyo objeto es ***"EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁ D.C, BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE".,*** nos encontramos a paz y salvo por concepto de obligaciones derivadas de relaciones laborales y contractuales existentes entre nuestra empresa y las personas naturales con quien hemos firmado compromisos que están relacionados con el cumplimiento del objeto del contrato firmado con la alcaldía de Puente Aranda , entre otras pagos de salarios, prestaciones sociales, liquidaciones, indemnizaciones y nos encontramos al día en el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (EPS, AFP, ARL), así como los parafiscales relacionados con el Sena, ICBF y CCF, según corresponde al personal vinculado laboralmente o contratado en la modalidad de prestación de servicios bajo la normatividad civil, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Certificó igualmente, que se ha cumplido con las obligaciones contractuales y el pago de honorarios; así mismo en lo referente a la verificación de afiliación y pagos de aportes parafiscales y al sistema de seguridad social integral, verificando de nuestra parte el pago oportuno de todas las cotizaciones y específicamente para garantizar el cubrimiento de accidentes y enfermedades laborales por parte de las ARLs, se puede evidenciar el pago de acuerdo a la clase de riesgos de todos nuestros trabajadores y el cubrimiento de las personas vinculadas por prestación de servicios quienes aportan mensualmente sus pagos cuando sus actividades se enmarcan en actividades de clase de riesgo I, II o III, o por quienes pagamos los aportes cuando pertenecen a las clases IV y V de riesgos.

La presente certificación corresponde al personal registrado en el formato FOAC-83 o el que lo modifique o sustituya, en el informe mensual No 4 que comprende el periodo del 01 de abril de 2026 al 30 de abril de 2026, según lo relacionado a continuación:

CARGO	NOMBRE	CEDULA	TIPO DE CONTRATO
AYUDANTE DE OBRA	JESUS PEROZO MENDOZA	3.225.728	LABORAL
AYUDANTE DE OBRA	JHONNATAN ALEXANDER ACOSTA GALEANO	1.013.624.877	LABORAL
AYUDANTE DE OBRA	JONATHAN STEVEN RODRIGUEZ JIMENEZ	1.033.761.091	LABORAL
AYUDANTE DE OBRA	GERMAN TORREALBA	975468	LABORAL
OFICIAL DE OBRA	MIGUEL ANGELROA PEÑA	1023923191	LABORAL

OFICIAL DE OBRA	RODOLFO MENZA	7696144	LABORAL
OFICIAL DE OBRA	JACKSON RODRIGUEZ	18420022	LABORAL
OFICIAL DE OBRA	LUIS ADOLFO FLOREZ	79823875	LABORAL
OFICIAL DE OBRA	ANDRES GUSTAVO ROA	1023892019	LABORAL
AYUDANTE DE OBRA	SEGUNDO TRINO PRIETO	79654573	LABORAL
AYUDANTE DE OBRA	RONAL SALCEDO ESPINOZA	5300663	LABORAL
AYUDANTE DE OBRA	LUIS ERNESTO ORTEGA	10176300	LABORAL
AYUDANTE DE OBRA	REINALDO SALAS	1240640	LABORAL
AYUDANTE DE OBRA	JOHAN SMITH BURGOS	100057668	LABORAL
AYUDANTE DE OBRA	WILMER JOSE PEROZO	993685	LABORAL
AYUDANTE DE OBRA	LENIS CALDERON	79955833	LABORAL
AYUDANTE DE OBRA	ALEXIS FEREIRA SALAS	1775189	LABORAL
AYUDANTE DE OBRA	JONATHAN CASTAÑO PIEDRAHITA	1012360118	LABORAL
AYUDANTE DE OBRA	JHON JAIRO SUSA	1110462788	LABORAL
CADENERA	EHIMY NATALIA SANCHEZ	1014263931	LABORAL
AYUDANTE DE OBRA	JACKSON APONTE BLANCO	4947240	LABORAL

Este documento se firma en cumplimiento de las obligaciones determinadas por las leyes laborales y civiles, que contemplan los cubrimientos que debemos brindar tanto a nuestros trabajadores como a contratistas, siendo nosotros los únicos responsables de garantizar que estén amparados y que la alcaldía de Puente Aranda como entidad contratante, se encuentra exonerada ante cualquier reclamación que se presente derivada de lo que bajo nuestra responsabilidad certificamos y firmamos, ya que su contenido corresponde a la realidad y existen soportes de su veracidad, los cuales se encuentran bajo nuestra custodia y pueden ser consultados cuando sean requeridos.

Como constancia se firma a los, 30 día(s) del mes de Abril de 2026.



Firma: _____
Nombre Juan Felipe Delgado Valbuena
Representante Legal o Revisor Fiscal
C. C. 79947081

FORMATO			
CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PAGOS SSI Y PARAFISCALES			
		VERSION	
CODIGO 104		1	

CERTIFICADO CUMPLIMIENTO DE PAGOS DE SALARIOS Y HONORARIOS Y DE APORTES PARAFISCALES PROPIOS Y AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Yo **Martin Calderón Rozo**, identificado (a) con la C. C. No. 1.088.308.437 en calidad de Representante Legal y/o Revisor Fiscal **Consorcio ADA 045**, identificada con NIT **902.016.742-9**, certifico que para el Contrato 487-2025, cuyo objeto es ***"EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁ D.C, BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE".,*** nos encontramos a paz y salvo por concepto de obligaciones derivadas de relaciones laborales y contractuales existentes entre nuestra empresa y las personas naturales con quien hemos firmado compromisos que están relacionados con el cumplimiento del objeto del contrato firmado con la alcaldía de Puente Aranda , entre otras pagos de salarios, prestaciones sociales, liquidaciones, indemnizaciones y nos encontramos al día en el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (EPS, AFP, ARL), así como los parafiscales relacionados con el Sena, ICBF y CCF, según corresponde al personal vinculado laboralmente o contratado en la modalidad de prestación de servicios bajo la normatividad civil, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Certificó igualmente, que se ha cumplido con las obligaciones contractuales y el pago de honorarios; así mismo en lo referente a la verificación de afiliación y pagos de aportes parafiscales y al sistema de seguridad social integral, verificando de nuestra parte el pago oportuno de todas las cotizaciones y específicamente para garantizar el cubrimiento de accidentes y enfermedades laborales por parte de las ARLs, se puede evidenciar el pago de acuerdo a la clase de riesgos de todos nuestros trabajadores y el cubrimiento de las personas vinculadas por prestación de servicios quienes aportan mensualmente sus pagos cuando sus actividades se enmarcan en actividades de clase de riesgo I, II o III, o por quienes pagamos los aportes cuando pertenecen a las clases IV y V de riesgos.

La presente certificación corresponde al personal registrado en el formato FOAC-83 o el que lo modifique o sustituya, en el informe mensual No 4 que comprende el periodo del 01 de abril de 2026 al 30 de abril de 2026, según lo relacionado a continuación:

CARGO	NOMBRE	CEDULA	TIPO DE CONTRATO
DIRECTOR DE OBRA	ANDRES FELIPE ECHANDIA	79785617	LABORAL
RESIDENTE AMBIENTAL	HENRY CAMILO DURAN	80903575	LABORAL
RESIDENTE SOCIAL	ANGELA MARIA QUIROGA GALVIS	52753727	LABORAL
RESIDENTE DE OBRA	JUAN DAVID QUIROGA	1061047829	LABORAL
RESIDENTE DE OBRA	HENRY ALEJANDRO CUSGUEN PRECIADO	1014186829	LABORAL

RESIDENTE SST	TATIANA ANDREA VALDELEÓN MANRIQUE	1014240890	LABORAL
PROFESIONAL EN COSTOS PRESUPUESTOS	YOHANA MARCELA AREVALO	1032380392	LABORAL
INSPECTOR DE OBRA	DAVID SEBASTIAN MARTINEZ	1022421350	LABORAL
CADENERO I	JHON FREDY HERNANDEZ CERON	74189712	LABORAL
CADENERO II	SANDRA LILIANA VACA CARDENAS	52971427	LABORAL
OPERADOR MAQUINARIA	LUIS SEBASTIAN MIRANDA BERNAL	1020803566	LABORAL
AUXILIAR TOPOGRAFIA	MARGOTH BRAVO SUAREZ	1000182756	LABORAL
CADENERO II	LAURA VALENTINA HURTADO TORRES	1052414336	LABORAL
CONDUCTOR	ORLANDO ACEVEDO	7819099	LABORAL
CONDUCTOR	CHRISTIAN FELIPE PAREDES	1015423174	LABORAL
AUXILIAR SOCIAL	GLORIA ESPERANZA CAMPOS	52026157	LABORAL
INSPECTOR SST-AMB	ANDERSON ORLANDO ORTI Z	1023415593	LABORAL
OPERADOR	FABIAN CARRANZA	1003166966	LABORAL
CONDUCTOR	LUIS FERNANDO LEÓN	1033807618	LABORAL
AUXILIAR SOCIAL	OSCAR FERNANDO LOPEZ	1030558615	LABORAL
TOPOGRAFO	ALVARO ANDRES VALDERRAMA	80048410	LABORAL
TOPOGRAFO	JONATHAN OSWALDO AVELLANEDA	1071167122	LABORAL
AYUDANTE DE OBRA	DEIMER MOSQUERA PEÑALOZA	10006581834	LABORAL
AYUDANTE DE OBRA	JACKSON ANTONIO CEBALLOS SAAVEDRA	14399938	LABORAL
AYUDANTE DE OBRA	JUAN STIVENSON GONZALEZ	1077426643	LABORAL
AYUDANTE DE OBRA	SHARON DAYANA MUÑOZ	1072960877	LABORAL
AYUDANTE DE OBRA	JONATHAN NOLASCO DIAZ	1063135410	LABORAL
AYUDANTE DE OBRA	ELIANNY DANIELA LUGO MORALES	6188805	LABORAL
OFICIAL DE OBRA	AMIN DAVID SARMIENTO GUERRA	78675151	LABORAL
AYUDANTE DE OBRA	KEVIN ALEJANDRO NARANJO	1000727694	LABORAL
AYUDANTE DE OBRA	JANER JAVIER SERPA	1122405907	LABORAL
AYUDANTE DE OBRA	ANTHONY RENGIFO DIAZ	107521252	LABORAL

Este documento se firma en cumplimiento de las obligaciones determinadas por las leyes laborales y civiles, que contemplan los cubrimientos que debemos brindar tanto a nuestros trabajadores como a contratistas, siendo nosotros los únicos responsables de garantizar que estén amparados y que la alcaldía de Puente Aranda como entidad contratante, se encuentra exonerada ante cualquier reclamación que se presente derivada de lo que bajo nuestra responsabilidad certificamos y firmamos, ya que su contenido corresponde a la realidad y existen soportes de su veracidad, los cuales se encuentran bajo nuestra custodia y pueden ser consultados cuando sean requeridos.

Como constancia se firma a los, 30 día(s) del mes de abril de 2026.



Firma: _____
Nombre Martin Calderón Rozo
Representante Legal o Revisor Fiscal
C. C. 1.088.308.437

CERTIFICADO CUMPLIMIENTO DE PAGOS DE SALARIOS Y HONORARIOS Y DE APORTES PARAFISCALES PROPIOS Y AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Yo **Andrés Felipe Echandía Roldan**, identificado (a) con la C. C. No 79.785.617 en calidad de Representante Legal y/o Revisor Fiscal **Ep Ingenieros Civiles SAS**, identificada con NIT **900880052-2**, certifico que para el Contrato 487-2025, cuyo objeto es ***"EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁ D.C, BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE".,*** nos encontramos a paz y salvo por concepto de obligaciones derivadas de relaciones laborales y contractuales existentes entre nuestra empresa y las personas naturales con quien hemos firmado compromisos que están relacionados con el cumplimiento del objeto del contrato firmado con la alcaldía de Puente Aranda , entre otras pagos de salarios, prestaciones sociales, liquidaciones, indemnizaciones y nos encontramos al día en el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (EPS, AFP, ARL), así como los parafiscales relacionados con el Sena, ICBF y CCF, según corresponde al personal vinculado laboralmente o contratado en la modalidad de prestación de servicios bajo la normatividad civil, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Certificó igualmente, que se ha cumplido con las obligaciones contractuales y el pago de honorarios; así mismo en lo referente a la verificación de afiliación y pagos de aportes parafiscales y al sistema de seguridad social integral, verificando de nuestra parte el pago oportuno de todas las cotizaciones y específicamente para garantizar el cubrimiento de accidentes y enfermedades laborales por parte de las ARLs, se puede evidenciar el pago de acuerdo a la clase de riesgos de todos nuestros trabajadores y el cubrimiento de las personas vinculadas por prestación de servicios quienes aportan mensualmente sus pagos cuando sus actividades se enmarcan en actividades de clase de riesgo I, II o III, o por quienes pagamos los aportes cuando pertenecen a las clases IV y V de riesgos.

La presente certificación corresponde al personal registrado en el formato FOAC-83 o el que lo modifique o sustituya, en el informe mensual No 4 que comprende el periodo del 01 de abril de 2026 al 30 de abril de 2026, según lo relacionado a continuación:

CARGO	NOMBRE	CEDULA	TIPO DE CONTRATO
OPERADOR	ANDRES FELIPE VILLEGAS	1024592489	LABORAL

Este documento se firma en cumplimiento de las obligaciones determinadas por las leyes laborales y civiles, que contemplan los cubrimientos que debemos brindar tanto a nuestros trabajadores como a contratistas, siendo nosotros los únicos responsables de garantizar que estén amparados y que la alcaldía de Puente Aranda como entidad contratante, se encuentra exonerada ante cualquier reclamación que se presente derivada de lo que bajo nuestra

responsabilidad certificamos y firmamos, ya que su contenido corresponde a la realidad y existen soportes de su veracidad, los cuales se encuentran bajo nuestra custodia y pueden ser consultados cuando sean requeridos.

Como constancia se firma a los, 30 día(s) del mes de Abril de 2026.



Firma: _____
Nombre: ANDRES FELIPE ECHANDIA ROLDAN
Representante Legal o Revisor Fiscal
C. C. 79785617

CERTIFICADO CUMPLIMIENTO DE PAGOS DE SALARIOS Y HONORARIOS Y DE APORTES PARAFISCALES PROPIOS Y AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Yo **Juan Felipe Delgado Valbuena**, identificado (a) con la C. C. No. 79.947.081 en calidad de Representante Legal y/o Revisor Fiscal **Ingeniería volquetas y construcción sas**, identificada con NIT **900.316.090**, certifico que para el Contrato 487-2025, cuyo objeto es ***"EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁ D.C, BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE".,*** nos encontramos a paz y salvo por concepto de obligaciones derivadas de relaciones laborales y contractuales existentes entre nuestra empresa y las personas naturales con quien hemos firmado compromisos que están relacionados con el cumplimiento del objeto del contrato firmado con la alcaldía de Puente Aranda, entre otras pagos de salarios, prestaciones sociales, liquidaciones, indemnizaciones y nos encontramos al día en el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (EPS, AFP, ARL), así como los parafiscales relacionados con el Sena, ICBF y CCF, según corresponde al personal vinculado laboralmente o contratado en la modalidad de prestación de servicios bajo la normatividad civil, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Certificó igualmente, que se ha cumplido con las obligaciones contractuales y el pago de honorarios; así mismo en lo referente a la verificación de afiliación y pagos de aportes parafiscales y al sistema de seguridad social integral, verificando de nuestra parte el pago oportuno de todas las cotizaciones y específicamente para garantizar el cubrimiento de accidentes y enfermedades laborales por parte de las ARLs, se puede evidenciar el pago de acuerdo a la clase de riesgos de todos nuestros trabajadores y el cubrimiento de las personas vinculadas por prestación de servicios quienes aportan mensualmente sus pagos cuando sus actividades se enmarcan en actividades de clase de riesgo I, II o III, o por quienes pagamos los aportes cuando pertenecen a las clases IV y V de riesgos.

La presente certificación corresponde al personal registrado en el formato FOAC-83 o el que lo modifique o sustituya, en el informe mensual No 4 que comprende el periodo del 01 de abril de 2026 al 30 de abril de 2026, según lo relacionado a continuación:

CARGO	NOMBRE	CEDULA	TIPO DE CONTRATO
CONDUCTOR	HUGO CASTRO CLAVIJO	19480148	LABORAL
CONDUCTOR	LUIS ALBERTO VALDES CORTES	1024509456	LABORAL

Este documento se firma en cumplimiento de las obligaciones determinadas por las leyes laborales y civiles, que contemplan los cubrimientos que debemos brindar tanto a nuestros trabajadores como a contratistas, siendo nosotros los únicos responsables de garantizar que

estén amparados y que la alcaldía de Puente Aranda como entidad contratante, se encuentra exonerada ante cualquier reclamación que se presente derivada de lo que bajo nuestra responsabilidad certificamos y firmamos, ya que su contenido corresponde a la realidad y existen soportes de su veracidad, los cuales se encuentran bajo nuestra custodia y pueden ser consultados cuando sean requeridos.

Como constancia se firma a los, 30 día(s) del mes de abril de 2026.

Firma: 
Nombre: JUAN FELIPE DELGADO VALBUENA
Representante Legal o Revisor Fiscal
C. C. 79947081

ANEXO 3. FOAC 83

FORMATO		
#¡REF!		
CÓDIGO		VERSIÓN
FOAC -83		1

FECHA			SUBDIRECCIÓN GENERAL DE	DIRECCIÓN TÉCNICA DE	SUBDIRECCIÓN TÉCNICA	PERIODO INFORME			
1	4	26	INFRAESTRUCTURA	CONSTRUCCIONES	CONSERVACIÓN DEL SUBSISTEMA VIAL	DESDE	1/04/2026	HASTA	30/04/2026

CONTRATISTA OBRA / CONSULTORIA		INTERVENTORIA	
CONTRATO No	CONTRATO DE OBRA No. COP-487-2025	CONTRATO No	CIN-489-2025
CONTRATISTA / CONSULTOR	CONSORCIO ADA O45	INTERVENTOR	CONSORCIO VIAS LOCALES
OBJETO	"EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁ D.C, BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE"	OBJETO	REALIZAR LA INTERVENTORIA TECNICA,ADMINISTRATIVA, LEGAL, FINANCIERA, SOCIAL, AMBIENTAL Y SST PARA EL CONTRATO DE OBRA PUBLICA RESULTANTE DEL PROCESO DE LICITACIÓN PUBLICA FDLPA-LP-045-2025 CUYO OBJETO ES EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁ D.C, BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE

MES DE REPORTE	PERSONAL				DISTRIBUCIÓN DE PERSONAL POR LOCALIDADES DE RESIDENCIA																		
	CONSOLIDADO		18- 28 AÑOS	> O IGUAL 29	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	OTRO (Fuera de Bogotá)
ABRIL	MUJERES	10	4	6	0								1	1						8			0		
	HOMBRES	53	10	43	2								0	2						32			17		
	TOTAL	63	14	49	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	CONDICION DISCAPACIDAD		18- 28 AÑOS	> O IGUAL 29	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	OTRO (Fuera de Bogotá)
	MUJERES	0	0	0																					
	HOMBRE	0	0	0																					
	TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

NÚMERO	EMPRESA (CONTRATISTA/ SUBCONTRATISTA)	DATOS DEL TRABAJADOR									ARL			EPS	AFP	FECHA CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA			VALORACION INGRESO
		TIPO DE CONTRATO	NOMBRE DEL TRABAJADOR	CEDULA	EDAD	SEXO F/M	LOCALIDAD DE RESIDENCIA Nº	CARGO	FECHA INGRESO	FECHA RETIRO	NOMBRE	CLASE	FECHA AFILIACION	NOMBRE EPS	NOMBRE AFP	INGRESO	PERIÓDICO	EGRESO	
NUEVO																			
1	CONSORCIO ADA 045	LABORAL	DEIMER MOSQUERA PEÑALOZA	10006581834	22	x	PUENTE ARANDA	AYUDANTE DE OBRA	8/04/2026	N/A	SURA	V	8/04/2026	SALUD TOTAL	COLPESIONES	7/04/2026	N/A	N/A	APTO
2	CONSORCIO ADA 045	LABORAL	JACKSON ANTONIO CEBALLOS SAAVEDRA	14399938	42	x	PUENTE ARANDA	AYUDANTE DE OBRA	8/04/2026	N/A	SURA	V	7/04/2026	SALUD TOTAL	COLFONDOS	6/04/2026	N/A	N/A	APTO
3	CONSORCIO ADA 045	LABORAL	JUAN STIVENSON GONZALEZ	1077426643	27	x	PUENTE ARANDA	AYUDANTE DE OBRA	8/04/2026	N/A	SURA	V	8/04/2026	SALUD TOTAL	PROTECCIÓN	7/04/2026	N/A	N/A	APTO
4	CONSORCIO ADA 045	LABORAL	SHARON DAYANA MUÑOZ	1072960877	25	x	PUENTE ARANDA	AYUDANTE DE OBRA	14/04/2026	N/A	SURA	V	14/04/2026	COMPENSAR	PORVENIR	10/04/2026	N/A	N/A	APTO
5	CONSORCIO ADA 045	LABORAL	JONATHAN NOLASCO DIAZ	1063135410	22	x	PUENTE ARANDA	AYUDANTE DE OBRA	14/04/2026	N/A	SURA	V	19/03/2026	SALUD TOTAL	PORVENIR	18/03/2026	N/A	N/A	APTO
6	CONSORCIO ADA 045	LABORAL	ELIANNY DANIELA LUGO MORALES	PPT 6188805	20	x	PUENTE ARANDA	AYUDANTE DE OBRA	14/04/2026	N/A	SURA	V	14/04/2026	SALUD TOTAL	PORVENIR	8/04/2026	N/A	N/A	APTO
7	CONSORCIO ADA 045	LABORAL	AMIN DAVID SARMIENTO GUERRA	78675151	58	x	PUENTE ARANDA	OFICIAL DE OBRA	17/04/2026	N/A	SURA	V	19/03/2026	NUEVA EPS	PORVENIR	18/03/2026	N/A	N/A	APTO
8	CONSORCIO ADA 045	LABORAL	KEVIN ALEJANDRO NARANJO SUSA	1000727694	24	x	PUENTE ARANDA	AYUDANTE DE OBRA	17/04/2026	N/A	SURA	V	14/04/2026	SALUD TOTAL	PORVENIR	14/04/2026	N/A	N/A	APTO
9	CONSORCIO ADA 045	LABORAL	JANER JAVIER SERPA PERTUZ	1122405907	34	x	PUENTE ARANDA	AYUDANTE DE OBRA	17/04/2026	N/A	SURA	V	20/03/2026	NUEVA EPS	PORVENIR	14/04/2026	N/A	N/A	APTO
10	CONSORCIO ADA 045	LABORAL	ANTHONY RENJIFO DIAZ	107521252	21	x	PUENTE ARANDA	AYUDANTE DE OBRA	17/04/2026	N/A	SURA	V	14/04/2026	NUEVA EPS	PORVENIR	13/04/2026	N/A	N/A	APTO
ANTIGUO																			
1	CONSORCIO ADA 045	LABORAL	ANDRES FELIPE ECHANDIA	79785617	49	x	USAQUEN	DIRECTOR DE OBRA	23/12/2025	N/A	SURA	V	4/03/2026	SANITAS	SKANDIA				
2	CONSORCIO ADA 045	LABORAL	HENRY CAMILO DURAN MARQUEZ	80903575	39	x	PUENTE ARANDA	RESIDENTE AMBIENTAL	23/12/2025	N/A	SURA	V	4/03/2026	COMPENSAR	COLPENSIONES	16/02/2026	N/A	N/A	APTO
3	CONSORCIO ADA 045	LABORAL	ANGELA MARIA QUIROGA GALVIS	52753727	42	x	PUENTE ARANDA	RESIDENTE SOCIAL	23/12/2025	N/A	SURA	V	4/03/2026	SANITAS	COLPENSIONES	18/02/2026	N/A	N/A	APTO
4	CONSORCIO ADA 045	LABORAL	TATIANA ANDREA VALDELEÓN MANRIQUE	1014240890	33	x	ENGATIVA	RESIDENTE SST	23/12/2025	N/A	SURA	V	4/03/2026	SANITAS	PORVENIR	13/02/2026	N/A	N/A	APTO
5	CONSORCIO ADA 045	LABORAL	HENRY ALEJANDRO CUSGUEN PRECIADO	1014186829	37	x	ENGATIVA	RESIDENTE DE OBRA	23/12/2025	N/A	SURA	V	4/03/2026	SURA	PORVENIR	3/03/2026	N/A	N/A	APTO
6	JUAN RICARDO TRONCOSO RIVERA	OPS	JUAN RICARDO TRONCOSO RIVERA	80026555	45	x	PUENTE ARANDA	ESP. GEOTECNIA Y	23/12/2025	N/A	POSITIVA	V	4/03/2026	SANITAS	COLFONDOS	1/09/2025	N/A	N/A	APTO
7	LISANDRO NUÑEZ GALEANO	OPS	LISANDRO NUÑEZ GALEANO	5471618	42	x	PUENTE ARANDA	ESPECIALISTA HIDRAULICO	23/12/2025	N/A	POSITIVA	V	4/03/2026	COMPENSAR	PORVENIR	22/09/2025	N/A	N/A	APTO
8	CONSORCIO ADA 045	LABORAL	JUAN DAVID QUIROGA LEON	1061047829	29	x	ENGATIVA	RESIDENTE DE OBRA	23/12/2025	N/A	SURA	V	4/03/2026	NUEVA EPS	COLFONDOS	16/02/2026	N/A	N/A	APTO
9	CONSORCIO ADA 045	OPS	YOHANA AREVALO	1032380392	38	x	FONTIBON	PROF. COSTOS PRESUPUESTO	23/12/2025	N/A	SURA	V	4/03/2026	SANITAS	COLPENSIONES	18/02/2026	N/A	N/A	APTO
10	CONSORCIO ADA 045	LABORAL	ORLANDO ACEVEDO MUÑOZ	7819099	51	x	USAQUEN	CONDUCTOR	18/02/2026	N/A	SURA	V	3/02/2026	SANITAS	COLPENSIONES	28/02/2026	N/A	N/A	APTO
11	CONSORCIO ADA 045	LABORAL	DAVID SEBASTIAN MARTINEZ	1022421350	29	x	PUENTE ARANDA	INSPECTOR DE OBRA	18/02/2026	N/A	SURA	V	13/02/2026	SANITAS	PROTECCION	12/02/2026	N/A	N/A	APTO
12	CONSORCIO ADA 045	LABORAL	JHON FREDY HERNANDEZ CERON	74189712	44	x	PUENTE ARANDA	CADENERO PIMERO	18/02/2026	N/A	SURA	V	13/02/2026	FAMISANAR	COLPENSIONES	12/02/2026	N/A	N/A	APTO
13	CONSORCIO ADA 045	LABORAL	SANDRA LILIANA VACA CARDENAS	52971427	44	x	PUENTE ARANDA	CADENERO SEGUNDO	18/02/2026	N/A	SURA	V	13/02/2026	SANITAS	PORVENIR	12/02/2026	N/A	N/A	APTO
14	CONSORCIO ADA 045	LABORAL	LUIS SEBASTIAN MIRANDA BERNAL	1020803566	30	x	PUENTE ARANDA	OPERADOR MAQUINARIA	18/02/2026	N/A	SURA	V	3/02/2026	SALUD TOTAL	PORVENIR	9/02/2026	N/A	N/A	APTO
15	CONSORCIO ADA 045	LABORAL	MARGOTH BRAVO SUAREZ	1000182756	22	x	PUENTE ARANDA	AUXILIAR TOPOGRAFIA	18/02/2026	N/A	SURA	V	3/02/2026	SALUD TOTAL	PORVENIR	7/02/2026	N/A	N/A	APTO
16	CONSORCIO ADA 045	LABORAL	LAURA VALENTINA HURTADO TORRES	1052414336	27	x	PUENTE ARANDA	CADENERO SEGUNDO	18/02/2026	N/A	SURA	V	3/02/2026	FAMISANAR	COLPENSIONES	7/02/2026	N/A	N/A	APTO
17	CONSORCIO ADA 045	LABORAL	CHRISTIAN FELIPE PAREDES GALVIS	1015423174	34	x	PUENTE ARANDA	CONDUCTOR	18/02/2026	N/A	SURA	V	3/02/2026	FAMISANAR	PORVENIR	10/02/2026	N/A	N/A	APTO
18	CONSORCIO CAPITAL	LABORAL	JESUS PEROZO MENDOZA	3225728	68	x	CIUDAD BOLIVAR	AYUDANTE DE OBRA	18/02/2026	N/A	SURA	V	26/09/2025	CAPITAL SALUD	COLPENSIONES	25/09/2025	N/A	N/A	APTO
19	CONSORCIO CAPITAL	LABORAL	JHONNATHAN ALEXANDER ACOSTA GALEANO	1013624877	34	x	CIUDAD BOLIVAR	AYUDANTE DE OBRA	18/02/2026	N/A	SURA	V	8/09/2025	SURA	PROTECCION	5/09/2025	N/A	N/A	APTO
20	CONSORCIO CAPITAL	LABORAL	JONATHAN STEVEN RODRIGUEZ JIMENEZ	1033761091	31	x	CIUDAD BOLIVAR	AYUDANTE DE OBRA	18/02/2026	N/A	SURA	V	26/09/2025	SALUD TOTAL	PORVENIR	25/09/2025	N/A	N/A	APTO
21	CONSORCIO ADA 045	LABORAL	GLORIA ESPERANZA CAMPOS	52026157	56	x	PUENTE ARANDA	AUXILIAR SOCIAL	3/03/2026	N/A	SURA	V	12/02/2026	FAMISANAR	PROTECCIÓN	14/02/2026	N/A	N/A	APTO
22	CONSORCIO CAPITAL	LABORAL	GERMAN TORREALBA TONA	PPT 975468	49	x	PUENTE ARANDA	AYUDANTE DE OBRA	3/03/2026	N/A	SURA	V	14/01/2026	SALUD TOTAL	PORVENIR	18/02/2026	N/A	N/A	APTO
23	CONSORCIO CAPITAL	LABORAL	MIGUEL ANGEL ROA PEÑA	1023923191	32	x	PUENTE ARANDA	OFICIAL DE OBRA	3/03/2026	N/A	SURA	V	14/01/2026	SURA	PORVENIR	19/02/2026	N/A	N/A	APTO
24	CONSORCIO CAPITAL	LABORAL	RODOLFO MENZA HERNANDEZ	7696144	51	x	PUENTE ARANDA	OFICIAL DE OBRA	3/03/2026	N/A	SURA	V	14/01/2026	NUEVA EPS	COLPENSIONES	21/02/2026	N/A	N/A	APTO
25	CONSORCIO CAPITAL	LABORAL	JACKSON RODRIGUEZ RIVAS	18420022	45	x	PUENTE ARANDA	OFICIAL DE OBRA	3/03/2026	N/A	SURA	V	14/01/2026	FAMISANAR	PROTECCIÓN	21/02/2026	N/A	N/A	APTO
26	CONSORCIO CAPITAL	LABORAL	LUIS ADOLFO FLOREZ DUITAMA	79823875	50	x	PUENTE ARANDA	OFICIAL DE OBRA	3/03/2026	N/A	SURA	V	14/01/2026	SALUD TOTAL	COLPENSIONES	19/02/2026	N/A	N/A	APTO
27	CONSORCIO CAPITAL	LABORAL	ANDRES GUSTAVO ROA PEÑA	1023892019	36	x	PUENTE ARANDA	OFICIAL DE OBRA	3/03/2026	N/A	SURA	V	14/01/2026	SALUD TOTAL	PORVENIR	20/02/2026	N/A	N/A	APTO
28	CONSORCIO CAPITAL	LABORAL	SEGUNDO TRINO PRIETO ROMERO	79654573	58	x	PUENTE ARANDA	AYUDANTE DE OBRA	3/03/2026	N/A	SURA	V	14/01/2026	CAPITAL SALUD	PROTECCIÓN	19/02/2026	N/A	N/A	APTO
29	CONSORCIO CAPITAL	LABORAL	RONAL SALCEDO ESPINOZA	PPT 5300663	38	x	PUENTE ARANDA	AYUDANTE DE OBRA	3/03/2026	N/A	SURA	V	15/01/2026	COMPENSAR	PORVENIR	20/02/2026	N/A	N/A	APTO
30	CONSORCIO CAPITAL	LABORAL	LUIS ERNESTO ORTEGA SANCHEZ	10176300	57	x	PUENTE ARANDA	AYUDANTE DE OBRA	3/03/2026	N/A	SURA	V	14/01/2026	SALUD TOTAL	PORVENIR	18/02/2026	N/A	N/A	APTO
31	EP INGENIEROS CIVILES SAS	LABORAL	ANDRES FELIPE VILLEGAS MEDINA	1024592489	29	x	CIUDAD BOLIVAR	OPERADOR MAQUINARIA	10/03/2026	N/A	AXA COLPATRIA	V	28/04/2025	COMPENSAR	PORVENIR	24/01/2026	N/A	N/A	APTO
32	CONSORCIO ADA 045	LABORAL	ANDERSON ORLANDO ORTIZ	1023415593	34	x	PUENTE ARANDA	INSPECTOR SSTAMB	10/03/2026	N/A	SURA	V	3/03/2026	COMPENSAR	COLFONDOS	21/02/2026	N/A	N/A	APTO
33	CONSORCIO ADA 045	LABORAL	FABIAN CARRANZA PARRA	1003166966	26	x	PUENTE ARANDA	OPERADOR MAQUINARIA	10/03/2026	N/A	SURA	V	3/02/2026	NUEVA EPS	PORVENIR	21/02/2026	N/A	N/A	APTO
34	CONSORCIO CAPITAL	LABORAL	REINALDO SALAS	PPT 1240640	33	x	PUENTE ARANDA	AYUDANTE DE OBRA	11/03/2026	N/A	SURA	V	11/02/2026	SALUD TOTAL	PORVENIR	20/02/2026	N/A	N/A	APTO
35	CONSORCIO CAPITAL	LABORAL	JOHAN SMITH BURGOS ECHEVERRY	1000575668	25	x	CIUDAD BOLIVAR	AYUDANTE DE OBRA	11/03/2026	N/A	SURA	V	20/02/2026	COMPENSAR	PORVENIR	19/02/2026	N/A	N/A	APTO
36	CONSORCIO CAPITAL	LABORAL	WILMER JOSE PEROZO	PPT 993685	51	x	CIUDAD BOLIVAR	AYUDANTE DE OBRA	11/03/2026	N/A	SURA	V	11/02/2026	FAMISANAR	PORVENIR	19/02/2026	N/A	N/A	APTO
37	CONSORCIO CAPITAL	LABORAL	LENIS CALDERON BOCANEGRA	79955833	46	x	CIUDAD BOLIVAR	AYUDANTE DE OBRA	11/03/2026	N/A	SURA	V	11/02/2026	SANITAS	PORVENIR	20/02/2026	N/A	N/A	APTO
38	CONSORCIO CAPITAL	LABORAL	ALEXIS FEREIRA SALAS	1775189	42	x	CIUDAD BOLIVAR	AYUDANTE DE OBRA	11/03/2026	N/A	SURA	V	11/02/2026	SALUD TOTAL	PORVENIR	19/02/2026	N/A	N/A	APTO
39	CONSORCIO CAPITAL	LABORAL	JONATHAN CASTAÑO PIEDRAHITA	1012360118	36	x	CIUDAD BOLIVAR	AYUDANTE DE OBRA	11/03/2026	N/A	SURA	V	11/02/2026	SALUD TOTAL	COLFONDOS	21/02/2026	N/A	N/A	APTO
40	CONSORCIO CAPITAL	LABORAL	JHON JAIRO SUSA GAITAN	1110462788	38	x	CIUDAD BOLIVAR	AYUDANTE DE OBRA	11/03/2026	N/A	SURA	V	1/02/2026	SALUD TOTAL	PORVENIR	21/02/2026	N/A	N/A	APTO
41	CONSORCIO CAPITAL	LABORAL	EHIMY NATALIA SANCHEZ AMADO	1014263931	31	x	PUENTE ARANDA	CADENERO	24/03/2026	N/A	SURA	V	1/02/2026	SALUD TOTAL	PORVENIR	11/03/2026	N/A	N/A	APTO
42	CONSORCIO CAPITAL	LABORAL	JACKSON APONTE BLANCO	PPT 4947240	52	x	PUENTE ARANDA	AYUDANTE DE OBRA	24/03/2026	N/A	SURA	V	1/02/2026	SALUD TOTAL	PORVENIR	11/03/2026	N/A	N/A	APTO
43	CONSORCIO ADA 045	LABORAL	LUIS FERNANDO LEON CARDONA	1033807618	27	x	PUENTE ARANDA	CONDUCTOR	24/03/2026	N/A	SURA	V	13/02/2026	SALUD TOTAL	PORVENIR	21/03/2026	N/A	N/A	APTO
44	CONSORCIO ADA 045	LABORAL	OSCAR FERNANDO LOPEZ CORTES	1030558615	36	x	PUENTE ARANDA	AUXILIAR SOCIAL	24/03/2026	N/A	SURA	V	3/03/2026	SANITAS	PORVENIR	21/02/2026	N/A	N/A	APTO
45	CONSORCIO ADA 045	LABORAL	ALVARO ANDRES VALDERRAMA BERNAL	80048410	46	x	PUENTE ARANDA	TOPOGRAFO	24/03/2026	N/A	SURA	V	3/03/2026	COMPENSAR	PROTECCIÓN	13/03/2026	N/A	N/A	APTO
46	CONSORCIO ADA 045	LABORAL	JONATHAN OSWALDO AVELLANEDA LOPEZ	1071167122	33	x	PUENTE ARANDA	TOPOGRAFO	24/03/2026	N/A	SURA	V	3/03/2026	COMPENSAR	COLFONDOS	11/03/2026	N/A	N/A	APTO
RETIRO																			
INGRESO - RETIRO																			
1	CONSORCIO ADA 045	LABORAL	DAVID ANTONIO DIAZ	1067969981	38	x	PUENTE ARANDA	OFICIAL DE OBRA	8/04/2026	15/04/2026	SURA	V	7/04/2026	SALUD TOTAL	PORVENIR	4/04/2026	N/A	N/A	APTO
PERSONAL ROTATIVO																			
1	JOSE MAURICIO PEDRAZA ARDILA	LABORAL	JOSE MAURICIO PEDRAZA ARDILA	80750070	40	x	CIUDAD BOLIVAR	CONDUCTOR VOLQUETA	5/03/2026	N/A	POSITIVA	V	5/03/2026	SALUD TOTAL	PORVENIR	23/10/2026	N/A	N/A	APTO
2	SERVICIOS EN SEGURIDAD DWT SAS	LABORAL	JOSE IGNACIO VENEGAS VARGAS	79925801	45	x	CIUDAD BOLIVAR	CONDUCTOR VOLQUETA	5/03/2026	N/A	SURA	V	5/03/2026	NUEVA EPS	PORVENIR	4/03/2026	N/A	N/A	APTO
3	HENRY CASAS CARO	LABORAL	HENRY CASAS CARO	79609955	50	x	CIUDAD BOLIVAR	CONDUCTOR VOLQUETA	5/03/2026	N/A	SURA	V	5/03/2026	SANITAS	PORVENIR	10/01/2026	N/A	N/A	APTO
4	INGENIERIA VOLQUETAS Y CONSTRUCCION SAS	LABORAL	HUGO CASTRO CLAVIJO	19480148	65	x	CIUDAD BOLIVAR	CONDUCTOR VOLQUETA	3/03/2026	N/A	SURA	V	3/03/2026	COMPENSAR	PORVENIR	25/10/2025	N/A	N/A	APTO
5	INGENIERIA VOLQUETAS Y CONSTRUCCION SAS	LABORAL	LUIS ALBERTO VALDES CORTES	1024509456	35	x	CIUDAD BOLIVAR	CONDUCTOR VOLQUETA	3/03/2026	N/A	SURA	V	3/03/2026	SALUD TOTAL	PROTECCIÓN	25/10/2025	N/A	N/A	APTO
5	CONSORCIO SUBA VIAL VR	LABORAL	YEISON FABIAN CERQUERA	1012328897	38	x	CIUDAD BOLIVAR	CONDUCTOR VOLQUETA	3/03/2026	N/A	SURA	V	3/03/2026	FAMISANAR	PROTECCIÓN	14/02/2026	N/A	N/A	APTO
6	CONSTRUCCIONES Y TRANSPORTES SIGLO XXI SAS	LABORAL	LUIS CARLOS CABALLERO	79210190	52	x	CIUDAD BOLIVAR	CONDUCTOR VOLQUETA	24/03/2026	N/A	SURA	IV	17/02/2026	SALUD TOTAL	COLPENSIONES	1/09/2025	N/A	N/A	APTO
NUEVO																			
ANTIGUO																			
RETIRO																			
1																			
INACTIVOS																			

#¡REF!	TOTAL

Firma: (Campo destinado para la firma ORIGINAL)

Nombre: TATIANA VALDELEÓN

Residente/Especialista SST Contratista Obra/Consultor/ Interventor

LIC. SST No: (indicar el número de la licencia SST) y (fecha de expedición de la licencia SST)

ANEXO 4. PAZ Y SALVO

FORMATO			
CERTIFICACION PAZ Y SALVO			
CÓDIGO		VERSIÓN	
101		1	

Bogotá, D.C 15 de Abril del 2026

Señores:
Alcaldía de Puente Aranda
Ciudad. Bogotá

Asunto: **PAZ Y SALVO – PERSONAL VINCULADO POR CONTRATO LABORAL**

Respetados Señores.

Por medio de la presente yo DAVID ANTONIO DIAZ, identificado con cédula de ciudadanía número 1067969981 de Bogotá ,certifico que estuve vinculado al Contrato No 487 de 2025, cuyo objeto es ***"EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁD.C, BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE"***´, en calidad de Oficial de Obra desde el día 08/04/2026 hasta el 15/04/2026, y me permito certificar que el Consorcio ADA 045, está a PAZ Y SALVO por concepto de obligaciones laborales, contractuales, pago de salarios, prestaciones sociales, liquidación y aportes parafiscales relativos al Sistema de Seguridad Social Integral (EPS, AFP, ARL), así como los propios del Sena, ICBF y cajas de compensación familiar (cuando corresponda), de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.

Así mismo declaro que he sido notificada acerca del derecho a practicarme el examen médico de egreso en los términos establecidos en las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 o la que la modifique o sustituya.

El presente PAZ y SALVO se firma en Bogotá a los 15 días del mes abril del año 2026.

DAVID ANTONIO DIAZ BENITEZ
C.C. 1.067.969.981

ANEXO 5. ACTA SEGUIMIENTO COPASST-CCL-BRIGADA EMERGENCIA

CONSORCIO ADA 045	**EVIDENCIA DE REUNIÓN**

AREA RESPONSABLE DE LA REUNIÓN: SST
FECHA: 24/04/2026 **LUGAR:** PAC
OBJETO DE LA REUNIÓN: Reunión Seguimiento Mensual Copasst
HORA DE INICIO: 8:00 am **HORA DE FINALIZACIÓN:** 9:00 am

ASISTENTES:

NOMBRE	CEDULA	CARGO	ENTIDAD o DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	FIRMA
Tatiana Valdeleón M.	1014240890	Residente SST	Consorcio ADA	sstconsorcioada@gmail.com	3209307585	
Camilo Duran	80903575	Residente Amb	Consorcio ADA	—	—	
Sebastian M.	1022921350	Insp. Obra	Consorcio ADA	—	—	
Christian Paredes	1015423179	conductor	Consorcio ADA	—	—	Christian Paredes

Scanned with CamScanner

CONSORCIO PUENTE ARANDA 2025	**EVIDENCIA DE REUNIÓN**

DESARROLLO Y CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN:

Se da inicio a la Reunión de Seguimiento del Copasst del Contrato de obra 487 - 2025. en la localidad de Puente Aranda en donde se trataran los Siguientes Temas:

1. Se informa que en lo que se lleva del periodo de Abril no se han presentado accidentes ni incidentes en ningun Frente de obra.
2. Se dio cumplimiento a las actividades programadas para el Periodo en cuanto inspecciones, capacitaciones de un 100%.
3. Se continua con la verificación de las condiciones de Seguridad de las actividades constructivas con el acompañamiento Permanente.
4. Se realizo la respectiva capacitación / charlas correspondiente Para el periodo de abril.
5. Se deja como compromiso reunión de Seguimiento para el Periodo de Mayo 2026.

Scanned with CamScanner

	EVIDENCIA DE REUNIÓN

COMPROMISOS DE LA REUNIÓN

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA
1	Reunión Seguimiento Mensual Mayo 2026	Tahaia V.	Mayo
2			
3			

Elaborada por: Tahaia Valdelecú

Fecha de la próxima reunión: Mayo Lugar de la próxima reunión: PAC.

Scanned with CamScanner

CONSORCIO VIAL OMSP	**EVIDENCIA DE REUNIÓN**

AREA RESPONSABLE DE LA REUNIÓN: SST
FECHA: 29/09/2026 **LUGAR:** PAC.
OBJETO DE LA REUNIÓN: Reunión Seguimiento Mensual CCL
HORA DE INICIO: 1:30pm **HORA DE FINALIZACIÓN:** 2:30pm

ASISTENTES:

NOMBRE	CEDULA	CARGO	ENTIDAD o DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	FIRMA
Tatiana Valdelamar M.	1014240890	Residente SST	Consorcio AOA OEC	SST.consorcioaoa@gmail.com	3209367585	
Camilo Duran	80903575	Re. Amb	" "	—		
Angela Arroyo	50753727	R. Social	" "	—		
Morgath B.	1000182356	Cadenera	" "	—		
Orlando A.	7814099	Conductor	" "	—		Orlando A.

Scanned with CamScanner

CONSORCIO AIDA 2020	**EVIDENCIA DE REUNIÓN**

DESARROLLO Y CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN:

Se da inicio a la Reunai de Seguimiento del Comite de Convivencia Laboral del Contrato 487 - 2025 en donde se trataran los Siguientes Temas:

1. Se informa que a la Fecha no se han presentado Situaciones de acoso o conflicto entre los colaboradores.
2. Se recuerda la importancia de tener una buena comunicacaú entre los compañeros incentivando el dialogo y respeto.
3. Se reitera los canales de Sugerencia para informar sobre Cual quier Situacaú de conflicto o acoso qe se pueda Presentar.
4. Se deja como compromiso reunaú de Seguimiento mensual del CCL para el mes de Mayo o antes si se Presenta una situacaú qe lo requiera.

	EVIDENCIA DE REUNIÓN

COMPROMISOS DE LA REUNIÓN

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA
1	Reunión Seguimiento Mensual CCL Mayo	Tatiana Valdelamar	Mayo
2			
3			

Elaborada por: Tatiana Valdelamar

Fecha de la próxima reunión: Mayo

Lugar de la próxima reunión: PAC

Scanned with CamScanner

CONSORCIO ADA 015	**EVIDENCIA DE REUNIÓN**

AREA RESPONSABLE DE LA REUNIÓN: SST
FECHA: 27/01/2026 **LUGAR:** Pa.
OBJETO DE LA REUNIÓN: Seguimiento mensual Brigada Emergencia
HORA DE INICIO: 9:00am **HORA DE FINALIZACIÓN:** 10:00am

ASISTENTES:

NOMBRE	CEDULA	CARGO	ENTIDAD o DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	FIRMA
Tatiana Valderrama	1014240840	Residente SST	Consorcio ADA 015	sstconsorcioada@gmail.com	3209867585	
Camilo Duran	80703575.	Re Amb	Consorcio ADA	—	—	
Leyda Valentina Hurtado	1052414356	Cadenera	Consorcio ADA	—	—	
Margoth B	1001627756	Cadenera I	" "	—	—	
Sandra L Vaca	52971927.	Cadenera II	" "	—	—	
Jhon Freddy H	79189712	Cadenero I	" "	—	—	
Angela R.	52753727	Residente Social	Consorcio ADA 015	—	—	

CONSORCIO VIA DMTP	**EVIDENCIA DE REUNIÓN**

DESARROLLO Y CONCLUSIONES DE LA REUNIÓN:

Se da inicio a la Reunión Mensual de la Brigada de Emergencia del Contrato de obra 487 - 2025 en la Localidad de Puente Arauca en donde se trataron los Siguientes Temas:

1. Se comunica que, en lo que va el periodo de Abril no se han Presentado Situaciones de emergencia en ninguno de los Frentes que se tienen activos.
2. Se recuerda la ubicación de los puntos de encuentro y rutas de evacuación de cada frente de obra.
3. Se realiza la inspección al Kit de emergencia de cada frente de obra verificando que estuvieran optimos para su uso.
4. Se deja como compromiso la realización de Reunión Seguimiento mensual de la Brigada de Emergencia para el periodo de Mayo.

CONSORCIO VIADUCTO	**EVIDENCIA DE REUNIÓN**

COMPROMISOS DE LA REUNIÓN

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA
1	Rancai Seguimiento Brigada Emergencia	Tatiana Valdolaú	Mayo
2			
3			

Elaborada por: Tatiana Valdolaú

Fecha de la próxima reunión: Mayo Lugar de la próxima reunión: PAC.

Scanned with CamScanner

ANEXO 6. ENTREGA EPP Y DOTACIÓN

CONSORCIO ADA 045	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG - SST	Administracion Consorcio ADA - 045

ENTREGA DE DOTACIÓN

FECHA DIA	FECHA MES	FECHA AÑO	NOMBRE TRABAJADOR	CAMISA MANGA LARGA	CAMISA MANGA CORTA	BOTAS CAUCHO	BOTAS MINERA	CHAQUETA CAUCHO	CHAQUETA VAQUETA	GAFAS	TAPABOCAS	GUANTES	CASCO	FIRMA TRABAJADOR
07	04	26	Luis Ortega					X	X		X			Luis
08	04	26	Jhoan Burgos						X		X			Jhoan
08	04	26	Luis Flores					X						Luis Flores
08	04	26	David Diaz			X		X			X			
11	04	26	Amin Sarmiento					X						
11	04	26	Jhonathan Nolasco					X	X		X			
15	04	26	Jeferson Beltran						X		X			
20	04	26	Jhoan Burgos						X		X			
21	04	26	Jonathan Nolasco					X						
21	04	26	Amin Sarmiento					X						
22	04	26	Juan Cataño					X						
23	04	26	Luis Ortega			X			X	X	X			Luis
24	04	26	Juan Cataño						X		X			
28	04	26	Jhoan Burgos							X		X		
29	04	26	Jackson Caballero							X	X	X		
29	04	26	Kevin Naranjo							X		X		Kevin
27	04	26	Luis Flores					X			X			Luis Flores

ANEXO 7. INSPECCIONES

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

INSPECCIÓN DE SEÑALIZACIÓN Y SEGURIDAD

CENTRO DE TRABAJO: Pensilvania
REALIZADO POR: Anderson Ortiz | FECHA: 20-04-26

CARACTERISTICAS GENERALES	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
Las características constructivas de las áreas de trabajo ofrecen seguridad frente a: -Resbalones o caídas -Choques o golpes contra objetos -Derrumbamiento o caída de materiales En situación de emergencia, permite una rápida y segura evacuación de los trabajadores.	✓ ✓			
Los trabajadores y sus representantes han recibido información sobre las medidas de prevención y protección aplicables. Está prohibido el acceso de trabajadores no autorizados a lugares con riesgo específicos.	✓ ✓			
Las condiciones estructurales tienen una solidez adecuada a las actividades previstas.	✓			
Las rutas de salida de emergencia se encuentran debidamente señalizadas.	✓			
Las escaleras se encuentran debidamente señalizadas y demarcadas.	✓			
Se encuentran señalizadas y demarcadas las áreas de trabajo.	✓			
Se encuentra señalizado la separación entre el paso de peatones y vehículos.	✓			
Se encuentra señalizado la prohibición de fumar en las áreas de trabajo.	✓			
Está señalizado la ubicación del botiquín y de la camilla de primeros auxilios.	✓			

FIRMA QUIEN REALIZO



	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	

INSPECCIÓN ORDEN Y ASEO

Fecha: 20-Oct-26

Centro de Trabajo: Pensilvania

Participantes en la Inspección: Anderson Ortiz

No.	Descripción	SI	NO	NA
1	Se tiene un programa de reciclaje y de protección del medio ambiente	✓		
2	Los sitios para almacenamiento de basuras está ordenado	✓		
3	Los recipientes donde se recoge la basura son adecuados en tamaño y número	✓		
4	Los pisos tienen superficies seguras y adecuadas para el trabajo	✓		
5	Los pisos y áreas de trabajo están señalizados y demarcados	✓		
6	Los pasillos son seguros y libres de obstrucciones	✓		
7	Los baños están debidamente dotados	✓		
8	Las paredes y ventanas están limpias para trabajar en el lugar	✓		
9	Las máquinas y equipos están debidamente protegidos	✓		
10	Las herramientas están limpias y libres de suciedad	✓		
11	Las áreas de almacenamiento están debidamente señalizadas	✓		
12	Hay sistema de control para los riesgos de origen físico y químico	✓		
13	Cuenta con baños suficientes y aseados	✓		
14	Existen vías de circulación demarcadas	✓		
15	Existen normas de seguridad en el lugar y se están aplicando	✓		
16	El sistema de iluminación en el lugar es mantenido de forma eficiente	✓		
17	Los elementos o productos están aislados, ordenados adecuadamente	✓		
18	Las áreas de descanso se encuentran bien ordenadas y limpias	✓		
19	Todos los elementos tienen una ubicación en un lugar adecuado	✓		
20	La ubicación de la señalización de los extintores permite su fácil visualización y acceso	✓		
21	El sitio de trabajo en general se encuentra organizado, limpio y seguro	✓		
22	Se evidencia el aseo y limpieza en el lugar de trabajo	✓		
23	Se encuentran elementos o insumos que no deben estar en el área de trabajo		✓	
24	Las cajas, armarios y archivos, áreas de almacenamiento están claramente rotulados y organizados	✓		
25	En los escritorios y archivadores hay cosas innecesarias			✓

FIRMA QUIEN REALIZO



NOMBRE: Anderson Ortiz

CARGO: Insp. SST - HSA

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

INSPECCIÓN LOCATIVA

Fecha: 20-04-26

Centro de Trabajo: PenSilvania

Participantes en la Inspección: Anderson Ortiz

DESCRIPCIÓN	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
Las instalaciones están ubicadas en un lugar alejado de focos de contaminación y salubridad	✓			
Se ofrece protección del medio ambiente a los funcionarios	✓			
Las oficinas presentan aislamiento y protección contra el libre acceso de personas y animales	✓			
Se controla el crecimiento de maleza alrededor de las oficinas y áreas de trabajo	✓			
Los alrededores están libres de basuras y aguas estancadas	✓			
Se encuentran señalizadas claramente las diferentes áreas y secciones en lo que se refiere al acceso y circulación de personas, servicio, seguridad y salidas de emergencia	✓			
Las paredes se encuentran limpias y la pintura se mantiene en buen estado	✓			
Los pisos y paredes se encuentran en buen estado, sin grietas, perforaciones, cespitosidades o roturas	✓			
Las ventanas se encuentran en buen estado (incluye estado de marcos y vidrios)	✓			
Las oficinas cuentan con servicios sanitarios y estos se encuentran bien ubicados	✓			
Existe un lugar adecuado para el consumo de alimentos de los trabajadores	✓			
El agua que se utiliza es potable	✓			

FIRMA QUIEN REALIZO

NOMBRE: Anderson Ortiz

CARGO: Insp SST.

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	

INSPECCION DE EXTINTORES

ÁREA: Persil Vanna

FECHA DE INSPECCIÓN: 20 - Oct - 26 . INSPECCIÓN CORRESPONDIENTE AL PERIODO: Abril

Nº	CLASE	CAPACIDAD	PROX. RECARGA	ESTADO GENERAL							OBSERVACIONES
1	ABC	10 lb.	10-2026	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	

Realizo la inspección: Anderson Ortiz
Nombre — Firma

Acciones a realizar:

Autorizadas por:
Nombre — Cargo — Fecha

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN

CENTRO DE TRABAJO
MOMENTO PROFESIONAL
CARGO
FECHA

Panamericana
Fonseca Ortiz
José SST – HA
20 Oct. 26

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN	CANTIDAD	ESTADO	PRESENTACIÓN	FECHA DE VENCIMIENTO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
ALGODÓN	1	✓	PAQUETE			
APLICADORES		✓	PEQUEÑO			
CINTAS	3	✓	UNIDADES			
ESPARADRAPO	1	✓	ROLLO			
GASA	2	✓	UNIDADES			
HISOPOS		✓	ROLLO			
VENDA ELÁSTICA		✓	ROLLO			
SOLUCIÓN SALINA	1	✓	BOLSA DE 1L			
GUANTES DE LATEX	4	✓	PAR			
TAPABOCAS	4	✓	UNIDAD			
TERMÓMETRO DIGITAL		✓	UNIDAD			
ALCOHOL	1	✓	GOTERO			
BARRERAS		✓	PAQUETE			
VENDAS ELÁSTICAS	1	✓	ROLLO			
TIRITAS Y CURAS DE BOTIQUÍN	1	✓	CAJA			
OTRO						
OTRO						
OTRO						
OTRO						

OBSERVACIONES

FIRMA DE QUIEN REALIZA INSPECCIÓN

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG - SST

INSPECCION HERRAMIENTAS MANUALES

Fecha 20-04-26 Lugar Pensilvania Nombre de quien inspecciona Anderson Ortiz

Marque con una (X) el estado de la herramienta: (B) Bueno, (M) malo, (NA) No aplica

CLASE	HERRAMIENTAS Y EQUIPO	¿Tiene la herramienta todas sus partes completas y en buen estado?	¿La herramienta tiene el mango en buen estado, sin astillas, grietas o partes sueltas?	¿La herramienta está limpia y libre de grasa, aceite o residuos que puedan causar resbalones?	¿La herramienta está libre de óxido, corrosión o daños que comprometan su uso?	¿Las herramientas cortantes están afiladas y protegidas cuando no se usan?	¿Las herramientas de medición están calibradas y en buen estado?	¿Las herramientas eléctricas tienen el cable en buen estado y sin empalmes?	¿Las herramientas eléctricas cuentan con conexión a tierra o doble aislamiento?	OBSERVACIONES
		B M NA	B M NA	B M NA	B M NA	B M NA	B M NA	B M NA	B M NA	
SUJECIÓN	Tornillo de banco									
	Grifa									
	Mordaza									
	Prensa C									
	Prensa									
	Alicate									
	Sargento									
PERCUSIÓN	Martillo de bola									
	Martillo									
	Combinado									
	Pin									
	Mandril									
	Pala									
CORTE	Machete de monte									
	Hacha									
	Machete									
	Cuchillo									
	Tijeras									
	Cincel									
	Volquete									
	Serrucho									
CORTE NO ABRASIVO	Segueta									
	Formón									
	Segueta diamantada									
ABRASIVOS	Lijadora									
	Lima									
	Esmeril									
LIMPIEZA	Escoba									
	Pisón									
MEDICIÓN	Flexómetro									
	Calibrador pie de rey									
	Nivel de burbuja									
GRATADO	Escofina									
	Lijadora									
	Rasqueta									
	Taladro									
	Pica									
	Escobillón									
	Pulidor									
CATEGORÍA	Cargador									
	Retroexcavadora									
	Compactador									
	Motoniveladora									
	Pala mecánica									

Nombre de quien inspecciona: Anderson Ortiz

Cargo: Inge SST

Firma:

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG - SST	

INSPECCIÓN A ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

NOMBRE TRABAJADOR: Germán Orlando — CARGO: Ayudante

INSPECCIONADO POR: — FECHA: 2-10-A-26

ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL	ESPECIFICACION TECNICA	CUMPLE SI	CUMPLE NO	CUMPLE NA	ESTADO B	ESTADO R	ESTADO M	OBSERVACIONES
Ropa de trabajo	PANTALON JEAN DRIL CAMISA MANGA LARGA	✓			/			
Calzado de seguridad con punteira	ICONTEC NTC 2257 ANSI Z41	✓			/			
Calzado dieléctrico	NTC 2639 NTC 2196 ANSI Z41	✓			/			
Bota de caucho caña alta para uso industrial	NTC 1741 ANSI Z41	✓			/			
Calzado de seguridad ocupacional	NTC 2442	✓			/			
Cascos de seguridad con barbiquejo Clase A (Dieléctrico)	ANSI Z89.1 NTC 1523	✓			/			
Tapabocas Desechable	N/A99	✓			✓			
Tapabocas Filtro	MOSEVARIA			X				
Guantes para soldador	NTC 2190			X				
Guantes Aislantes De Electricidad	NTC 2219			X				
Guantes de carnaza	NTC 2192			X				
Guantes de Vaqueta	NTC 1807 NTC 1807 ICONTEC NTC 1807	✓			✓			
Guantes de caucho	NTC 1726	✓			✓			
Tapaoidos Insonoro	ANSI S3.19 1974	✓			✓			
Tapaoidos Copa	ANSI S3.19 EN 352-1:2001 CE			X				
Monogafa	ANSI Z87.1 NTC 1825 1826	✓			✓			
Gafas para soldar	ANSI Z87.1			X				
OTRO (CUAL):								

B: La condición encontrada cumple con los parámetros establecidos en las preestablecidas.

R: La condición encontrada puede ocasionar accidentes enfermedades laborales o daños a terceros o a la propiedad. Se requiere tomar acción correctiva

M: La condición encontrada puede ocasionar accidentes graves, enfermedad grave, la muerte y daños considerables a la propiedad. Se requiere tomar acción correctiva

OBSERVACIONES: El trabajador no cuenta con equipo. Se tiene en cuenta el cambio de talla.

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA PROFESIONAL SST

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

INSPECCIÓN DE SEÑALIZACIÓN Y SEGURIDAD

CENTRO DE TRABAJO: Punto PAC
REALIZADO POR: Anderson Ortiz. FECHA: 20 - 04 - 26

CARACTERISTICAS GENERALES	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
Las caracteristicas constructivas de las áreas de trabajo ofrecen seguridad frente a: -Resbalones o caídas -Choques o golpes contra objetos -Derrumbamiento o caída de materiales	✓			
En situación de emergencia, permite una rápida y segura evacuación de los trabajadores	✓			
Los trabajadores y sus representantes han recibido información sobre las medidas de prevención y protección aplicables	✓			
Está prohibido el acceso de trabajadores no autorizados a lugares con riesgo específicos.	✓			
Las condiciones estructurales tienen una solidez adecuada a las actividades previstas.	✓			
Las rutas de salida de emergencia se encuentran debidamente señalizadas	✓			
Las escaleras se encuentran debidamente señalizadas y demarcadas	✓			
Se encuentran señalizadas y demarcadas las áreas de trabajo.	✓			
Se encuentra señalizado la separación entre el paso de peatones y vehículos.	✓			
Se encuentra señalizado la prohibición de fumar en las áreas de trabajo.	✓			
Está señalizado la ubicación del botiquín y de la camilla de primeros auxilios.	✓			

FIRMA QUIEN REALIZO



SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG - SST

INSPECCIÓN LOCATIVA

Fecha: 20-04-26

Centro de Trabajo: Punto pac

Participantes en la Inspección. Andrés Ortiz

DESCRIPCIÓN	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
Las instalaciones están ubicadas en un lugar alejado de focos de contaminación y salubridad	✓			
Se ofrece protección del medio ambiente a los funcionarios	✓			
Las oficinas presentan aislamiento y protección contra el libre acceso de personas y animales	✓			
Se controla el crecimiento de maleza alrededor de las oficinas y áreas de trabajo			✓	
Los alrededores están libres de basuras y aguas estancadas			✓	
Se encuentran señalizadas claramente las diferentes áreas y secciones en lo que se refiere a acceso y circulación de personas, servicio, seguridad y salidas de emergencia	✓			
Las paredes se encuentran limpias y la pintura se mantiene en buen estado	✓			
Los pisos y paredes se encuentran en buen estado, sin grietas, perforaciones, desniveles o roturas	✓			
Las ventanas se encuentran en buen estado (incluye estado de marcos y vidrios)	✓			
Las oficinas cuentan con servicios sanitarios y estos se encuentran bien ubicados	✓			
Existe un lugar adecuado para el consumo de alimentos de los trabajadores	✓			
El agua que se utiliza es potable	✓			

FIRMA QUIEN REALIZO

NOMBRE: Andrés Ortiz

CARGO: Resp. SST IPS

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	

INSPECCIÓN DE EXTINTORES

ÁREA: Punto PAC.

FECHA DE INSPECCIÓN: 20 - 04 - 26. INSPECCIÓN CORRESPONDIENTE AL PERIODO: Abril.

N°	CLASE	CAPACIDAD	PROX. RECARGA	ESTADO GENERAL							OBSERVACIONES
1	PQC.	10 lb.	28 - 2026.	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	

Realizo la inspección: Anderson Ortiz

Nombre: Anderson Ortiz Firma:

Acciones a realizar:

Autorizadas por:

Nombre: Firma: Fecha:

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	

INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE BOTIQUÍN

CENTRO DE TRABAJO: Punto PAC
NOMBRE PROFESIONAL: Hidelisa Ortiz
CARGO: Aux. Logística
FECHA: 26-01-26

ELEMENTOS DE BOTIQUÍN	CANTIDAD	ESTADO			PRESENTACIÓN	FECHA DE VENCIMIENTO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
ALGODÓN	1	X			PAQUETE			
APÓSITOS	1	X			PAQUETE			
CURAS	8	X			UNIDADES			
ESPARADRAPO	1	X			ROLLO			
GASA	2	X			SOBRES			
MICROPORE	1	X			ROLLO			
VENDA ELASTICA 2X2	1	X			ROLLO			
SUERO FISIOLOGICO	1	X			DOSIS BOVIL			
GUANTES DE LATEX	4	X			UNIDADES			
TAPABOCAS	3	X			UNIDADES			
TERMOMETRO DIGITAL	1	X			UNIDAD			
ALCOHOL	1	X			SOBRE			
BOLSA ROJA	1	X			PAQUETE			
VENDA ELASTICA 3X5	1	X			ROLLO			
BOLETIN DE CAJA DEL BOTIQUIN	1	X			MATTER			
OTRO								
OTRO								
OTRO								
OTRO								

OBSERVACIONES: _____

FIRMA QUIEN RECIBE CAPACITACIÓN

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

INSPECCIÓN DE SEÑALIZACIÓN Y SEGURIDAD

CENTRO DE TRABAJO: Villa Sonia FECHA: 20-04-26

REALIZADO POR: Andrea Ortiz

CARACTERISTICAS GENERALES	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
Las caracteristicas constructivas de las áreas de trabajo ofrecen seguridad frente a: -Resbalones o caidas -Choques o golpes contra objetos -Derrumbamiento o caída de materiales	✓			
En situación de emergencia, permite una rápida y segura evacuación de los trabajadores.	✓			
Los trabajadores y sus representantes han recibido información sobre las medidas de prevención y protección aplicables.	✓			
Está prohibido el acceso de trabajadores no autorizados a lugares con riesgo específicos	✓			
Las condiciones estructurales tienen una solidez adecuada a las actividades previstas	✓			
Las rutas de salida de emergencia se encuentran debidamente señalizadas	✓			
Las escaleras se encuentran debidamente señalizadas y demarcadas.	✓			
Se encuentran señalizadas y demarcadas las áreas de trabajo	✓			
Se encuentra señalizado la separación entre el paso de peatones y vehiculos.	✓			
Se encuentra señalizado la prohibición de fumar en las areas de trabajo.	✓			
Esta señalizado la ubicación del botiquín y de la camilla de primeros auxilios.	✓			

FIRMA QUIEN REALIZO

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	

INSPECCIÓN ORDEN Y ASEO

Fecha: 20-04-26

Centro de Trabajo: Villa Sonia

Participantes en la Inspección: Andrés Soto

No.	Descripción	SI	NO	NIA
1	Se tiene un programa de reciclaje y de protección del medio ambiente			
2	Los sitios para almacenamiento de basuras esta ordenado			
3	Los recipientes donde se recolecta la basura son apecuados en tamaño y numero			
4	Los pisos tienen superficies seguras y adecuadas para el trabajo			
5	Los pisos y areas de trabajo están señalizados y demarcados			
6	Los pasillos son seguros y libres de obstrucciones			
7	Los baños están debidamente dotados			
8	Las paredes y ventanas están limpias para trabajar en el lugar			
9	Las maquinas y equipos estan debidamente protegidos			
10	Las herramientas están limpias y libres de suciedad			
11	Las áreas de almacenamiento están debidamente señalizadas			
12	Hay sistema de contro para los riesgos de origen fisico y quimico			
13	Cuenta con baños suficientes y aseados			
14	Existen vias de circulación demarcadas			
15	Existen normas de seguridad en el lugar y se están aplicando			
16	El sistema de iluminación en el lugar es mantenido de forma eficiente			
17	Los elementos o productos están apilados, ordenados adecuadamente			
18	Las áreas de descanso se encuentran bien ordenadas y limpias			
19	Todos los elementos tienen una ubicación en un lugar apocuado			
20	La ubicación de la señalización de los extintores permite su fácil visualización y acceso			
21	El sitio de trabajo en general se encuentra organizado, limpio y seguro			
22	Se evidencia el aseo y limpieza en el lugar de trabajo			
23	Se encuentran elementos o insumos que no deben estar en el área de trabajo			✓
24	Las cajas, anaqueles y archivos, áreas de almacenamiento están claramente rotuladas y organizadas			
25	En los escritorios y archivadores hay cosas innecesarias			

FIRMA QUIEN REALIZO

NOMBRE:

CARGO

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

INSPECCIÓN LOCATIVA

Fecha: 20-04-26

Centro de Trabajo: Villa Sonia

Participantes en la inspección: Anderson Ortiz.

DESCRIPCIÓN	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
Las instalaciones están ubicadas en un lugar alejado de focos de contaminación y salubridad	✓			
Se ofrece protección del medio ambiente a los funcionarios	✓			
Las oficinas presentan aislamiento y protección contra el libre acceso de personas y animales	✓			
Se controla el crecimiento de maleza alrededor de las oficinas y áreas de trabajo	✓			
Los alrededores están libres de basuras y aguas estancadas	✓			
Se encuentran señalizadas claramente las diferentes áreas y secciones en lo que se refiere al acceso y circulación de personas, servicio, seguridad y salidas de emergencia	✓			
Las paredes se encuentran limpias y la pintura se mantiene en buen estado	✓			
Los pisos y paredes se encuentran en buen estado, sin grietas, perforaciones, desniveles o roturas	✓			
Las ventanas se encuentran en buen estado (incluye estado de marcos y vidrios)	✓			
Las oficinas cuentan con servicios sanitarios y estos se encuentran bien ubicados	✓			
Existe un lugar adecuado para el consumo de alimentos de los trabajadores	✓			
El agua que se utiliza es potable	✓			

FIRMA QUIEN REALIZO

NOMBRE Anderson Ortiz

CARGO Insp. SST - HSE.

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

INSPECCIÓN DE SEÑALIZACIÓN Y SEGURIDAD

CENTRO DE TRABAJO: Villa Sonia

REALIZADO POR: Andrea Ortiz

FECHA: 20-04-26

CARACTERISTICAS GENERALES	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
Las características constructivas de las áreas de trabajo ofrecen seguridad frente a: -Resbalones o caídas -Choques o golpes contra objetos -Derrumbamiento o caída de materiales	✓			
En situación de emergencia permite una rápida y segura evacuación de los trabajadores.	✓			
Los trabajadores y sus representantes han recibido información sobre las medidas de prevención y protección aplicables.	✓			
Está prohibido el acceso de trabajadores no autorizados a lugares con riesgo específicos	✓			
Las condiciones estructurales tienen una solidez adecuada a las actividades previstas	✓			
Las rutas de salida de emergencia se encuentran debidamente señalizadas.	✓			
Las escaleras se encuentran debidamente señalizadas y demarcadas.	✓			
Se encuentran señalizadas y demarcadas las áreas de trabajo.	✓			
Se encuentra señalizado la separación entre el paso de peatones y vehículos.	✓			
Se encuentra señalizado la prohibición de fumar en las áreas de trabajo.	✓			
Está señalizado la ubicación del botiquín y de la camilla de primeros auxilios.	✓			

FIRMA QUIEN REALIZO



SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

INSPECCIÓN ORDEN Y ASEO

Fecha: 20-04-26

Centro de Trabajo: Villa Sonia

Participantes en la Inspección: Anderson Ortiz

No.	Descripción	SI	NO	NA
1	Se tiene un programa de reciclaje y de protección del medio ambiente			
2	Los sitios para almacenamiento de basuras esta ordenado			
3	Los recipientes donde se recolecta la basura son adecuados en tamaño y numero			
4	Los pisos tienen superficies seguras y acecuadas para el trabajo			
5	Los pisos y áreas de trabajo están señalizados y demarcados			
6	Los pasillos son seguros y libres de obstrucciones			
7	Los baños están debidamente dotados			
8	Las paredes y ventanas están limpias para trabajar en el lugar			
9	Las máquinas y equipos están debidamente protegidos			
10	Las herramientas están limpias y libres de suciedad			
11	Las áreas de almacenamiento están debidamente señalizadas			
12	Hay sistema de control para los riesgos de origen físico y químico			
13	Cuenta con baños suficientes y aseados			
14	Existen vías de circulación demarcadas			
15	Existen normas de seguridad en el lugar y se están aplicando			
16	El sistema de iluminación en el lugar es mantenido de forma eficiente			
17	Los elementos o productos están apilados ordenados adecuadamente			
18	Las áreas de descanso se encuentran bien ordenadas y limpias			
19	Todos los elementos tienen una ubicación en un lugar adecuado			
20	La ubicación de la señalización de los extintores permite su fácil visualización y acceso			
21	El sitio de trabajo en general se encuentra organizado, limpio y seguro			
22	Se evidencia el aseo y limpieza en el lugar de trabajo			
23	Se encuentran elementos o insumos que no deben estar en el área de trabajo			
24	Las cajas, armarios y archivos, áreas de almacenamiento están correctamente rotulados y organizados			✓
25	En los escritorios y archivadores hay cosas innecesarias			✓

FIRMA QUIEN REALIZO

NOMBRE

CARGO

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

INSPECCIÓN LOCATIVA

Fecha: 20-04-26

Centro de Trabajo: Villa Sonia

Participantes en la Inspección: Anderson Ortiz

DESCRIPCIÓN	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
Las instalaciones están ubicadas en un lugar alejado de focos de contaminación y salubridad	✓			
Se ofrece protección del medio ambiente a los funcionarios	✓			
Las oficinas presentan aislamiento y protección contra el libre acceso de personas y animales	✓			
Se controla el crecimiento de maleza alrededor de las oficinas y áreas de trabajo	✓			
Los alrededores están libres de basuras y aguas estancadas	✓			
Se encuentran señalizadas claramente los diferentes áreas y secciones en lo que se refiere al acceso y circulación de personas, servicio, seguridad y salidas de emergencia	✓			
Las paredes se encuentran limpias y la pintura se mantiene en buen estado	✓			
Los pisos y paredes se encuentran en buen estado, sin grietas, perforaciones, desniveles o roturas	✓			
Las ventanas se encuentran en buen estado (incluyo estado de marcos y vidrios)	✓			
Las oficinas cuentan con servicios sanitarios y estos se encuentran bien dotados	✓			
Existe un lugar adecuado para el consumo de alimentos de los trabajadores	✓			
El agua que se utiliza es potable	✓			

FIRMA QUIEN REALIZO



NOMBRE: Anderson Ortiz

CARGO: Insp. SST – ENA

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG - SST	

INSPECCIÓN DE EXTINTORES

ÁREA: Villa Sonia

FECHA DE INSPECCIÓN: 20-04-26 INSPECCIÓN CORRESPONDIENTE AL PERIODO: Abril

Nº	CLASE	CAPACIDAD	PROX. RECARGA	ESTADO GENERAL							OBSERVACIONES
1	ABC.	10 lb.	10-2026	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	

Realizó la inspección: Anderson Ortiz

Nombre

Acciones a realizar:

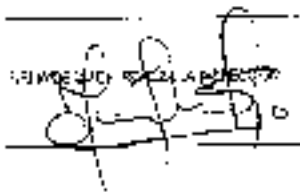
Autorizadas por: Nombre: Firma: Fecha:

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	
	INSPECCIÓN DE ELEMENTOS DE DOTACIÓN	

CENTRO DE TRABAJO: Villa Sonia
NOMBRE PROFESIONAL: Gabriela Cortés
CARGO: HSEQ SST-H
FECHA: 26-Jul-25

ELEMENTOS DE DOTACIÓN	CANTIDAD	ESTADO	PRESENTACIÓN	FECHA DE VENCIMIENTO	NOTACIONES	RECOMENDACIONES
ALCOHOL	1	✓	PAQUETE			
APLICADORES	1	✓	PAQUETE			
GUPAS	6	✓	UNIDADES			
TOALLA DESECHABLE	1	✓	ROLLO			
GASA	3	✓	UNIDADES			
MICROPORE	1	✓	ROLLO			
VENDA ELASTICA 10	1	✓	ROLLO			
SOLUCIÓN SALINA	1	✓	BOLSA 500			
GUANTES DE LATEX	1	✓	PARES			
TAPABOCAS	5	✓	UNIDADES			
TERMÓMETRO DIGITAL	1	✓	UNIDAD			
JABÓN LÍQUIDO	1	✓	BOTE			
BACILÉNOLA	1	✓	PAQUETE			
VENDA ELASTICA 15	1	✓	ROLLO			
TABLETA O GLUCOMETRO	1	✓	PAQUETA			
OTRO						
OTRO						
OTRO						
OTRO						

OBSERVACIONES



SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG - SST

INSPECCIÓN HERRAMIENTAS MANUALES

Fecha: 20-04-26 | Lugar: Villa Sonia | Nombre de quien inspecciona: Anderson Ortiz

Marque con una (x) el estado de la herramienta (B) Bueno, (R) Regular, (M) Malo | No aplica

CLASE	HERRAMIENTAS INSPECCIONADAS	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	OBSERVACIONES
		B R NA	B R NA	B R NA	B R NA	B R NA	B R NA	B R NA	B R NA	
GOLPEAR	Martillo									
	Combinado									
	Mazo									
	Industrial									
	Goma									
	Plástico									
	Madera									
	Caucho									
FIJACIÓN	Destornillador									
	Estrella									
	Normal									
	Pala									
	Punta									
	Allen									
CORTE	Alicates corte									
	Pinza									
	Tijeras									
	Cuchillo									
	Machete									
	Pulidora									
	Motosierra									
	Guadaña									
CORTE POR ABRASIÓN	Lijadora									
	Taladro									
	Sierra caladora									
ABRIR HUECOS	Broca									
	Fresa									
	Punzón									
SOLDAR	Soplete									
	Pinza									
MEDICIÓN	Flexómetro									
	Cinta métrica (plástica)									
	Escuadra									
SUJETAR	Tornillo de banco									
	Cuñas									
	Tenazas									
	Prensa									
	Pinza									
	Mordaza									
	Alicates									
LIMPIEZA	Cepillo									
	Escoba									
	Pala									
	Recogedor									
	Trapero									

Nombre de quien recibe: _____

Cargo: _____

Firma: _____

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG - SST

INSPECCIÓN A ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

NOMBRE TRABAJADOR: Elvis Caballero — CARGO: Ayudante

INSPECCIONADO POR: Anderson Ortiz — FECHA: 20-04-26

ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL	ESPECIFICACION TECNICA	CUMPLE SI	CUMPLE NO	CUMPLE NA	ESTADO B	ESTADO R	ESTADO M	OBSERVACIONES
Botas de hule	PANTALON JEAN CRUDO CAMISA MANGA LARGA	✓			✓			
Calzado de seguridad con puntera	ICONTEC NTC 2257 ANSI Z41	✓			✓			
Calzado dieléctrico	NTC 2830 NTC 2906 ANSI 74	✓			✓			
Bota de caucho con punta de acero para uso industrial	NTC 1741 ANSI Z41	✓			✓			
Calzado de seguridad en cuero	NTC 2440	✓			✓			
Cascos de seguridad con barbiquejo Clase A	ANSI Z89.1	✓			✓			
Gafas claras	NTC 1523	✓			✓			
Tapabocas Desechable	INVIMA	✓			✓			
Tapabocas Filtro	NIOSH N95			X				
Guantes para soldador	NTC 2190			X				
Guantes Aislantes De Electricidad	NTC 2219			X				
Guantes de carnaza	NTC 2190			X				
Guantes de Vaqueta	NTC 5179 NTC 1981 ICONTEC 2190	✓			✓			
Guantes de caucho	NTC 1726	✓			✓			
Tapaoidos Inserción	ANSI S3.19-1974	✓			✓			
Tapaoidos Copa	ANSI S3.19 EN 352-3 2005 CE			X				
Mascarilla	ANSI Z87.1 NTC1825 1836	✓			✓			
Careta para soldar	ANSI Z87.1			X				
OTRO CUAL								

B: Esta condición encontrada cumple con los parámetros establecidos en los procedimientos

R: Es condición encontrada puede ocasionar lesiones menores enfermedad leve o daños materiales a la propiedad. Su intervención debe ser [illegible]

M: Es condición encontrada puede ocasionar lesiones graves enfermedad grave a la muerte y daños considerables a la propiedad. Su intervención debe ser inmediata

NO APLICA - NA: El parámetro evaluado no aplica teniendo en cuenta el criterio de evaluación.

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA PROFESIONAL SST:

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	

INSPECCIÓN A ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

NOMBRE TRABAJADOR: Juan Carlos Monterrosa CARGO: Ayudante.

INSPECCIONADO POR: Anderson Ortiz FECHA: 20-04-26

ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL	ESPECIFICACION TECNICA	CUMPLE SI	CUMPLE NO	CUMPLE N/A	ESTADO B	ESTADO R	ESTADO M	OBSERVACIONES
Ropa de trabajo	PANTALON JEAN O DRIL CAMISA MANGA LARGA	✓			✓			
Calzado de seguridad con puntera	ICONTEC NTC 2257 ANSI Z41	✓			✓			
Calzado dieléctrico	NTC 2801 NTC 2392 ANSI Z41	✓			✓			
Botas de caucho cañas altas para uso industrial	NTC 178 ANSI Z41	✓			✓			
Calzado de seguridad en cuero	NTC 3460	✓			✓			
Cascos de seguridad con barbuquejo clase A (Uso electrico)	ANSI Z89.1 NTC 1523	✓			✓			
Tapabocas Desechable	PROPIA	✓			✓			
Tapabocas con filtro	MSA/ULTRAVISTA			✓				
Guantes para soldador	NTC 2190			✓				
Guantes Aislantes De Electricidad	NTC 2219			✓				
Guantes de carnaza	NTC 2190			✓				
Guantes de Vaqueta	NTC 2-79 NTC 1951 ICONTEC N2193	✓			✓			
Gafas de Goggle	NTC 1736	✓			✓			
Tapaoidos Insertor	ANSI S3.19 1974	✓			✓			
Tapaoidos Copa	ANS S3.19 EN 352-1:2020 CE			✓				
Monogafa	ANSI Z87.1 NTC 1836 1820	✓			✓			
Gafas para soldar	ANSI Z87.1							

OTRO CUAL

SI: La condición encontrada cumple con los parámetros establecidos en los procedimientos.

NO: La condición encontrada puede ocasionar leves riesgos, enfermedad leve o daños menores a la propiedad. Su intervención debe ser priorizada.

R: La condición encontrada puede ocasionar accidentes graves, enfermedad grave o muerte y daños considerables a la propiedad. Su intervención debe ser inmediata.

N/A: APLICA "SI" El parámetro evaluado no aplica teniendo en cuenta el criterio de evaluación.

FIRMA DEL TRABAJADOR: Juan Carlos.

FIRMA PROFESIONAL SST:

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

INSPECCIÓN DE SEÑALIZACIÓN Y SEGURIDAD

CENTRO DE TRABAJO: Asesor

REALIZADO POR: Arelesson Ortiz FECHA: 20-04-26

CARACTERÍSTICAS GENERALES	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
Las características constructivas de las áreas de trabajo ofrecen seguridad frente a: -Resbalones o caídas -Choques o golpes contra objetos -Derrumbamiento o caída de materiales	✓			
En situación de emergencia, permite una rápida y segura evacuación de los trabajadores.	✓			
Los trabajadores y sus representantes han recibido información sobre las medidas de prevención y protección aplicables.	✓			
Está prohibido el acceso de trabajadores no autorizados a lugares con riesgo específicos.	✓			
Las condiciones estructurales tienen una solidez adecuada a las actividades previstas.	✓			
Las rutas de salida de emergencia se encuentran debidamente señalizadas.	✓			
Las escaleras se encuentran debidamente señalizadas y demarcadas.	✓			
Se encuentran señalizadas y demarcadas las áreas de trabajo	✓			
Se encuentra señalizado la separación entre el paso de peatones y vehículos.	✓			
Se encuentra señalizado la prohibición de fumar en las áreas de trabajo.	✓			
Está señalizado la ubicación del botiquín y de la camilla de primeros auxilios.	✓			

FIRMA QUIEN REALIZO



SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

INSPECCIÓN DE SEÑALIZACIÓN Y SEGURIDAD

CENTRO DE TRABAJO: Asacion
REALIZADO POR: Anderson Ortiz | FECHA: 20-04-26

CARACTERISTICAS GENERALES	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
Las caracteristicas constructivas de las áreas de trabajo ofrecen seguridad frente a: -Resbalones o caidas -Choques o golpes contra objetos -Derrumbamiento o caida de materiales	✓			
En situación de emergencia, permite una rápida y segura evacuación de los trabajadores.	✓			
Los trabajadores y sus representantes han recibido información sobre las medidas de prevención y protección aplicables.	✓			
Está prohibido el acceso de trabajadores no autorizados a lugares con riesgo especificos.	✓			
Las condiciones estructurales tienen una solidez acecuada a las actividades previstas.	✓			
Las rutas de salida de emergencia se encuentran debidamente señalizadas.	✓			
Las escaleras se encuentran debidamente señalizadas y demarcadas.	✓			
Se encuentran señalizadas y demarcadas las áreas de trabajo.	✓			
Se encuentra señalizado la separación entre el paso de peatones y vehiculos.	✓			
Se encuentra señalizado la prohibición de fumar en las áreas de trabajo.	✓			
Está señalizado la ubicación del botiquin y de la camilla de primeros auxilios.	✓			

FIRMA QUIEN REALIZO

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG - SST

INSPECCIÓN LOCATIVA

Fecha: 29-09-26

Centro de Trabajo: ASoncun

Participantes en la Inspección: Anderson Ortiz

DESCRIPCIÓN	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
Las instalaciones están ubicadas en un lugar alejado de focos de contaminación y salubridad	✓			
Se ofrece protección del medio ambiente a los funcionarios	✓			
Las oficinas presentan aislamiento y protección contra el libre acceso de personas y animales	✓			
Se controla el crecimiento de maleza alrededor de las oficinas y áreas de trabajo	✓			
Los alrededores están libres de basuras y aguas estancadas	✓			
Se encuentran señalizadas claramente las diferentes áreas y secciones en lo que se refiere al acceso y circulación de personas, servicio, seguridad y salidas de emergencia	✓			
Las paredes se encuentran limpias y la pintura se mantiene en buen estado	✓			
Los pisos y paredes se encuentran en buen estado, sin grietas, perforaciones, desniveles o roturas	✓			
Las ventanas se encuentran en buen estado (incluye estado de marcos y vidrios)	✓			
Las oficinas cuentan con servicios sanitarios y estos se encuentran bien ubicados	✓			
Existe un lugar adecuado para el consumo de alimentos de los trabajadores	✓			
El agua que se utiliza es potable	✓			

FIRMA QUIEN REALIZO

NOMBRE: Anderson Ortiz

CARGO: Insp. SST-HA.

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

INSPECCIÓN ORDEN Y ASEO

Fecha: 20-04-26

Centro de Trabajo: Asuncion

Participantes en la inspección: Anderson Ortiz

No.	Descripción	SI	NO	N/A
1	Se tiene un programa de reciclaje y de protección del medio ambiente	✓		
2	Los sitios para almacenamiento de basuras esta ordenado	✓		
3	Los recipientes donde se recolecta la basura son adecuados en tamaño y numero	✓		
4	Los pisos tienen superficies seguras y adecuadas para el trabajo	✓		
5	Los pisos y áreas de trabajo están señalizados y demarcados	✓		
6	Los pasillos son seguros y libres de obstrucciones	✓		
7	Los baños están debidamente dotados	✓		
8	Las paredes y ventanas están limpias para trabajar en el lugar	✓		
9	Las máquinas y equipos están debidamente protegidos	✓		
10	Las herramientas están limpias y libres de suciedad	✓		
11	Las áreas de almacenamiento están debidamente señalizadas	✓		
12	Hay sistema de control para los riesgos de origen físico y químico	✓		
13	Cuenta con baños suficientes y aseados	✓		
14	Existen vías de circulación demarcadas	✓		
15	Existen normas de seguridad en el lugar y se están aplicando	✓		
16	El sistema de iluminación en el lugar es mantenido de forma eficiente	✓		
17	Los elementos o productos están aislados, ordenados adecuadamente	✓		
18	Las áreas de descanso se encuentran bien ordenadas y limpias	✓		
19	Todos los elementos tienen una ubicación en un lugar adecuado	✓		
20	La ubicación de la señalización de los extintores permite su fácil visualización y acceso	✓		
21	El sitio de trabajo en general se encuentra organizado, limpio y seguro	✓		
22	Se evidencia el aseo y limpieza en el lugar de trabajo	✓		
23	Se encuentran elementos o insumos que no deben estar en el área de trabajo		✓	
24	Las cajas, armarios y archivos, áreas de almacenamiento están claramente rotulados y organizados	✓		
25	En los escritorios y archivadores hay cosas innecesarias		✓	

FIRMA QUIEN REALIZO

NOMBRE: Anderson Ortiz

CARGO: Insp. SST - HSE

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST	

INSPECCIÓN DE EXTINTORES

ÁREA: Asesor.

FECHA DE INSPECCIÓN: 20-04-26 INSPECCIÓN CORRESPONDIENTE AL PERIODO: Abril.

Nº	CLASE	CAPACIDAD	PROX. RECARGA	ESTADO GENERAL							OBSERVACIONES
1	pqc.	10 lb.	10-2026.	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	
				BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	BRM	

Realizo la inspección: Anderson Ortiz
Nombre

Acciones a realizar:

Autorizadas por | Nombre | Cargo | Fecha

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG – SST

INSPECCION DE ELEMENTOS DE BOTIQUIN

CENTRO DE TRABAJO: ASEACON
SUPERVISADO POR: Roderson Ortiz
CARGO: Lider SST - de
FECHA: Septiembre 25

ELEMENTOS DE BOTIQUIN	CANTIDAD	ESTADO	PRESENTACION	FECHA DE VENCIMIENTO	OBSERVACIONES	RECOMENDACIONES
ALGODON		X	PAQUETE			
APLICADORES	1	X	PAQUETE			
CURAS	5	X	UNIDADES			
TERMÓMETRO	1	X	ESTUCHE			
GASA	1	X	UNIDADES			
VENDAS	1	X	ROLLO			
VENDA ELASTICA 3"	1	X	ROLLO			
SOLUCION SALINA	1	X	FRASCO			
GUANTES DE LATEX	4	X	UNIDADES			
TAPABOCAS	5	X	UNIDADES			
TIJERAS PUNTA ROMA	1	X	UNIDAD			
SUERO ORAL	1	X	SOBRE			
BANDAS	15	X	PAQUETE			
VENDA ELASTICA 4"	1	X	ROLLO			
MASCARILLA RESPIRATORIA	1	X	VALVULA			
OTRO						
OTRO						
OTRO						
OTRO						

OBSERVACIONES:

FIRMA RESPONSABLE INSPECCION

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG - SST

INSPECCIÓN HERRAMIENTAS MANUALES

Fecha: 20-04-21 Lugar: Asunción Nombre de quien inspecciona: Anderson Ortiz

Marque con una (x) el estado de la herramienta (B) Bueno, (D) malo, (M) no aplica

CLASE	HERRAMIENTAS NO EQUIPO										OBSERVACIONES
		B	D	M	B	D	M	B	D	M	
SOLDADOR	Careta de soldar										
	Guantes										
	Martillo										
	Cepillo de acero										
	Tenazas										
	Alicate										
	Ángulo										
PLOMERÍA	Destornillador										
	Pinza de presión										
	Desatornillador										
	Llave										
	Cautivo										
	Tubo										
CORTE	Pinza de corte										
	Alicate										
	Pinza										
	Martillo										
	Cincel										
	Machete										
	Desarmador										
	Tijeras										
CORTE POR ABRASIÓN	Esmeril										
	Disco de corte										
	Disco de desbaste										
ARMA HIERZAS	Martillo										
	Pulidor										
	Brocha										
GOLPE	Martillo										
	Mazo										
MEDICIÓN	Flexómetro										
	Calibrador (Pie de rey)										
	Nivel										
DIRECCIÓN	Destornillador										
	Desatornillador										
	Llave										
	Pinza										
	Cinta										
	Tijeras										
	Tenaza										
ARQUERÍA	Cuerda										
	Arnés										
	Carabinera										
	Descensor										
	Cuerda de vida										

Nombre de quien verifica: Anderson Ortiz

Cargo: Inspector SST

Firma:

	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG - SST	

INSPECCIÓN A ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

NOMBRE TRABAJADOR: Jeferson Beltran — CARGO: Ayudante

INSPECCIONADO POR: Anderson Ortiz — FECHA: 20-04-26

ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL	ESPECIFICACION TECNICA	CUMPLE SI	CUMPLE NO	CUMPLE N/A	ESTADO B	ESTADO R	ESTADO M	OBSERVACIONES
Botas de Trabajo	PANTALON JEAN O DRIL CAMISA MANGA LARGA	✓			✓			
Calzado de seguridad con puntera	CONTEC NTC 2257 ANSI Z41	✓			✓			
Calzado dieléctrico	NTC 2500 NTC 2306 ANSI Z41	✓			✓			
Bota de caucho con puntera para uso industrial	NTC 1741 ANSI Z41	✓			✓			
Calzado de seguridad de cuero	NTC 3446	✓			✓			
Casco de seguridad con barbuquejo Clase G (Dieléctrico)	ANSI Z89.1 NTC 1523	✓			✓			
Tapabocas Desechable	N/A N/A	✓			✓			
Tapabocas Filtro	NORMATIVA			X				
Guantes para soldador	NTC 2150			X				
Guantes Aislantes De Electricidad	NTC 2210			X				
Guantes de carnaza	NTC 2150			X				
Guantes de Vaqueta	NTC 1539 NTC 1486 ICONTEC 2190	✓			✓			
Guantes de caucho	NTC 1726	✓			✓			
Gafas de seguridad	ANSI Z 87.1-1979	✓			✓			
Tapones Conos	ANSI S3.19 EN 352-2 2002 CE			X				
Uniforme	ANSI Z87.1 NTC 1885 ING	✓			✓			
Careta para soldar	ANSI Z87.1			X				
OTRO CUAL								

B: la condición encontrada cumple con los parámetros establecidos en los procedimientos.

R: la condición encontrada puede ocasionar lesiones menores, enfermedad ocupacional o daños a la propiedad. Su intervención debe ser pronta.

M: la condición encontrada puede ocasionar lesiones graves o mortales y daños considerables a la propiedad. Su intervención debe ser inmediata.

NA/ N/A / N.A*: El parámetro evaluado no aplica temporalmente en el momento de la evaluación.

FIRMA DEL TRABAJADOR

FIRMA PROFESIONAL SST:

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG - SST

INSPECCION A ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

NOMBRE TRABAJADOR: Jhon Suza — CARGO: Ayudante

INSPECCIONADO POR: Anderson Ortiz — FECHA: 20-04-26

ELEMENTO DE PROTECCION PERSONAL	ESPECIFICACION TECNICA	CUMPLE SI	CUMPLE NO	CUMPLE N/A	ESTADO B	ESTADO R	ESTADO M	OBSERVACIONES
Ropa de trabajo	PANTALON JEAN O DRIL CAMISA MANGA LARGA	✓			✓			
Calzado de seguridad con puntera	ICONTEC NTC 2257 ANSI Z41	✓			✓			
Calzado dieléctrico	NTC 2655 NTC 2656 ANSI Z41	✓			✓			
Bota de caucho cañera para uso industrial	NTC 1711 ANSI Z41	✓			✓			
Calzado de seguridad tipo tenis	NTC 3348	✓			✓			
Gafas de seguridad con barbiquejo (Clase A (Dieléctrico))	ANSI Z87.1 NTC 1523	✓			✓			
Tapabocas Desechable	RESPA	✓			✓			
Tapabocas Filtro	NIOSH 95 N1			X				
Guantes para soldador	NTC 2190			X				
Guantes Aislantes De Electricidad	NTC 2219			X				
Guantes de carnaza	NTC 2190			X				
Guantes de Vaqueta	NTC 2190 NTC 1811 CONTEC N2189	✓			✓			
Guantes de caucho	NTC 1735	✓			✓			
Tapa oidos tipo copa	ANSI S3.19 1974	✓			✓			
Tapaoidos Copa	ANSI S3.19 ER 352 / 2000 CE			X				
Monogafa	ANSI Z87.1 NTC 1523 1836	✓			✓			
Gafas para soldar	ANSI Z87.1			X				
OTROS CUAL								

B: La condición encontrada cumple con los parámetros establecidos en los procedimientos.

R: La condición encontrada puede considerarse riesgos menores, enfermedad leve o daños menores a la propiedad. Su intervención debe ser pronta.

M: La condición encontrada puede causar lesiones graves, enfermedad grave o la muerte y daños considerables a la propiedad. Su intervención debe ser inmediata.

NOTA: "N/A" El parámetro evaluado no aplica en el momento en que se realiza el ítem de evaluación.

FIRMA DEL TRABAJADOR: Jhon Suza

FIRMA PROFESIONAL SST:

ANEXO 8. CHARLAS

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST

REGISTRO DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

FECHA: 22 - 04 - 25

OBJETO DE LA EMPRESA:

TEMA DE CHARLA DE INDUCCIÓN, CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO: ANALISIS, RIESGOS, INCIDENTES Y PELIGROS EN EL LUGAR DE TRABAJO, PROTECCIÓN Y USO ADECUADO DE EPPS Y DOTACIÓN

LUGAR Y FECHA: Asunción, Villa Santa, Pensilvania

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Anderson Ortiz

EMPRESA: Consorcio ADA-045

TEMA: Uso adecuado de Epp.

HORA DE CITACIÓN: 7:00 AM

HORA DE TERMINACIÓN: 1:00 PM

TIPO

INDUCCIÓN: [ ]

CAPACITACIÓN: [X]

CHARLA INFORMATIVA: [ ]

ENTRENAMIENTO: [ ]

OTRO: [ ]

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	EMPRESA	FIRMA
Sharon Dayana Bustos	1072960822	Ayudante de obra	Consorcio ADA-045	
Anderson Rodrigo Ortiz	1065219571	Ayudante de obra	Consorcio ADA-045	
Carlos David Ruiz	79 894 704	operador	EP	
Andrei Villamil	1014192488	operador	EP	
Jonathan Andres	1065855110	Oficial	ADA	
Javier Soler	2562915	operador	ADA	
Humberto Vega	80265284	operador	ADA	
Juan C. M.	23533992	Trafico	ADA	
Kevin Jaramillo	1014174614	Ayudante de obra	ADA-045	
Jesus Rodriguez	1065 [illegible] 735	Ingeniero residente	ADA-045	
Jhon Sanchez	1102817708	Residente de obra	ADA-045	
Johan S. Barajas	1000575168	Ayudante	ADA-045	
Jairon A. Cevallos	1439998	Ayudante	ADA-045	
Jairo J. Surba	1122406904	ayudante	A.D.A. ADA-045	
Luis Adolfo Forero	79 823 875	Maestro	ADA-045	
Daniel Alvarez Bo	1070625813	ayudante	ADA	
Luis Antonio	1017 [illegible] 300	ayudante	ADA	
Sebastian Bernal	1000503566	operador	ADA	

Instructor

Profesional SG-SST

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - SST

FECHA 0-26

OBJETO DE LA EMPRESA

REPOSICIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN CORRECTIVA, MENOR Y PERIÓDICA A LOCALIZADAS EN EL DISTRITO DE RIEGO, BOGOTÁ D.C. ZONA RURAL Y SUBURBANA DISTRITO RIEGO Y DRENAJE ASOCIADO

LUGAR Y FECHA: Villa Soma Tramo 2.

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Anderson Ortiz.

EMPRESA: Conservación ADA 045

TEMA: Charla Informativa Sobre excavaciones Seguras

HORA DE INICIO: 7:am HORA DE TERMINACIÓN: 7:30 pm.

TIPO

INDUCCIÓN [ ] CAPACITACIÓN [ ]

REINDUCCIÓN [X] OTRO [ ]

OTRO [ ]

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	CARGO	EMPRESA	FIRMA
Shavon Dayana Muñoz	1072960877	Ayudante de obra	Conservación	
[illegible]	1075245724	AYUDANTE DE OBRA	ADA 045	
Orlando Ruiz	79 [illegible]	operador	EP	
Andres Villegas	1024[illegible]9	operador	EP	
Jonathan Amigo	1069[illegible]	oficial	ADA	
Mario [illegible]	7867915	maestro	ADA	
Humberto Ubaque	80265284	operador	ADA	
Juan C [illegible]	2855[illegible]	Topografo	ADA	
Julian Nelson	1000.[illegible]	[illegible]	ADA 045	
Jhon Rodriguez	1000.[illegible]	Ayudante	ADA	
Jhon Sneyder	1110461[illegible]	ayudante obra	ADA 045	
Jhon S Bayona	1006[illegible]	Ayudante	ADA 045	
Jackson A Cabello	1A399938	Ayudante	ADA 045	
Jaime Lopez	1122405[illegible]	ayudante	ADA	
Luis Adolfo Florez	79[illegible]	Maestro	ADA 045	
Erika [illegible]	1000[illegible]	oficial	ADA	
Daniel [illegible]	901[illegible]	Ayudante	ADA	
Sebastian Bernal	1020803[illegible]	Operador	ADA	

RESPONSABLE SST

Generado en [illegible]

ANEXO 9. PREOPERACIONALES

PRECAUCIONAL DE UNICAPACIDAD

Fecha: 04 / 26

Expediente: 11 OU - 2026

CONTROL DE CITAS

ITEM	DETALLE													

INSPECCIONAL DE EMBARCADOR

Propietario / Operador	Orlando Ruiz	Placa	[illegible]	Tarjeta	[illegible]
Operador	[illegible]	Permiso Embarque	[illegible]	Semestre	[illegible]

CONTRATO No. [illegible]	[illegible]

INSPECCIÓN

ITEM	DETALLE	Vidrio		Llanta		Llanta		Llanta		Llanta		Llanta		Llanta	
		SI	No	SI	No	SI	No	C	No	SI	No	C	No	C	No
PARTE EXTERNA															
[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
[illegible]	[illegible]		✓												
[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
[illegible]	[illegible]	✓				✓		✓		✓		✓		✓	
[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
[illegible]	[illegible]		✓												
[illegible]	[illegible]		✓												
[illegible]	[illegible]	✓				✓		✓		✓		✓		✓	
[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
COMPARTIMIENTO DE MOTOR															
[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
[illegible]	[illegible]		✓												
INTERIOR DE CABINA															
[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
[illegible]	[illegible]		✓												
[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
[illegible]	[illegible]		✓												
[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
[illegible]	[illegible]		✓												
[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
[illegible]	[illegible]		✓												
[illegible]	[illegible]	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓	

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Orlando Ruiz

[illegible]

PROTOCOLO DE ABORDAJE

Orlando R. Tendulay

Fecha: 4/10/26 Hora: 7:00 Patrulla: Motorizado 005

Fecha: 20 OCT - 26 Patrulla: J-5 - 021-26

CONTRATO No. [illegible]

ABORDAJE

ITEM	DESCRIPCIÓN	SI	NO	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
PARTE EXTERNA															
COMPARTIMENTO MOTOR															

PREDEFRADICHO DE AMOCARGADOR

Inspeccionado por:		Unidad:		Fecha:		Hora:	
Turno/Tal:		Patente Estacada:	DC	Jr		Kilometraje:	

CONTROLES REALIZADOS:	

TOP	Problemas	Ayuda		LUZ		MAR		MUER		LUP		CAPA		PAR	
		SI	No	D	NC	C	T	NC	E	NC	C	NC	C	NC	E	NC
PUNTO INTERIOR																
COMPARTIMENTO DE MEDIO																
BATERÍA DE LA CABINA																

Firma del responsable

Responsable 021

Responsable verificador

Aclaración

DNI 16660166

Fabian Cesario

PRECEPTIVA NACIONAL DE MANTENIMIENTO

Propietario/Operador: Anderson Contractors — Unidad: 463,6 — Fecha: 06/04/26

4 Tunelados

Comentarios generales	

ITEM	ESTÁNDAR	Lado Izq.		Lado Der.		Lado Izq.		Lado Der.		Lado Izq.		Lado Der.		Lado Izq.	
		SI	No	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC	C	NC
PARTE EXTERNA															
COMPARTIMENTOS MOTOR															
PERIMETRO DE LA CABINA															

Comentarios / Observaciones:

Firma del Inspector

Firma del Supervisor

Fabián Carmona

PREOPERACIONAL DE MINICARGADOR

Inspeccionado por:		Fecha: 10/04/26	Equipo:	Fecha inicio: 5/12/25	Fecha cierre: 25/04/26
Operador: A Torchenski		Horómetro:		Horómetro: 20/04/26	

OBSERVACIONES:	

ITEM	DESCRIPCIÓN	BUENO		MALO		NO APLICA		OBSERVACIONES	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
PARTE EXTERNA									
		✓				✓		✓	
		✓				✓		✓	
		✓				✓		✓	
		✓				✓		✓	
		✓				✓		✓	
		✓				✓		✓	
		✓				✓		✓	
		✓				✓		✓	
		✓				✓		✓	
		✓				✓		✓	
COMPARTIMIENTO DEL MOTOR									
		✓				✓		✓	
		✓				✓		✓	
		✓				✓		✓	
		✓				✓		✓	
		✓				✓		✓	
		✓				✓		✓	
		✓				✓		✓	
PUESTO DE LA CABINA									
		✓				✓		✓	
		✓				✓		✓	
		✓				✓		✓	
		✓				✓		✓	
		✓				✓		✓	
		✓				✓		✓	
		✓				✓		✓	
		✓				✓		✓	
		✓				✓		✓	
		✓				✓		✓	

Firma de quien realiza:

Supervisor SSI

Responsable de seguimiento:

PETROLEOS MEXICANOS

SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

REFERENCIA (opcional) Attach 40 3 Tonelada SEL 20-0426 M 25-04 26 HAN PUESTO IMPORTADOS

CONTRATO/ASIGNACIÓN (opcional)

SISTEMA DE LA CALIDAD	ITEM DE REVISIÓN	Hrs	LUNES		MARTES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
			Hrs	Hrs	Hrs	Hrs	Hrs	Hrs	Hrs	Hrs	Hrs	Hrs	Hrs	Hrs
PLANEACIÓN, ORGANIZACIÓN Y CONTROL														
LUGAR														
		4												

PROPIEDAD INDUSTRIAL DE TELEGRAVADORA

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ASISTENCIA: Hoja de Ruta

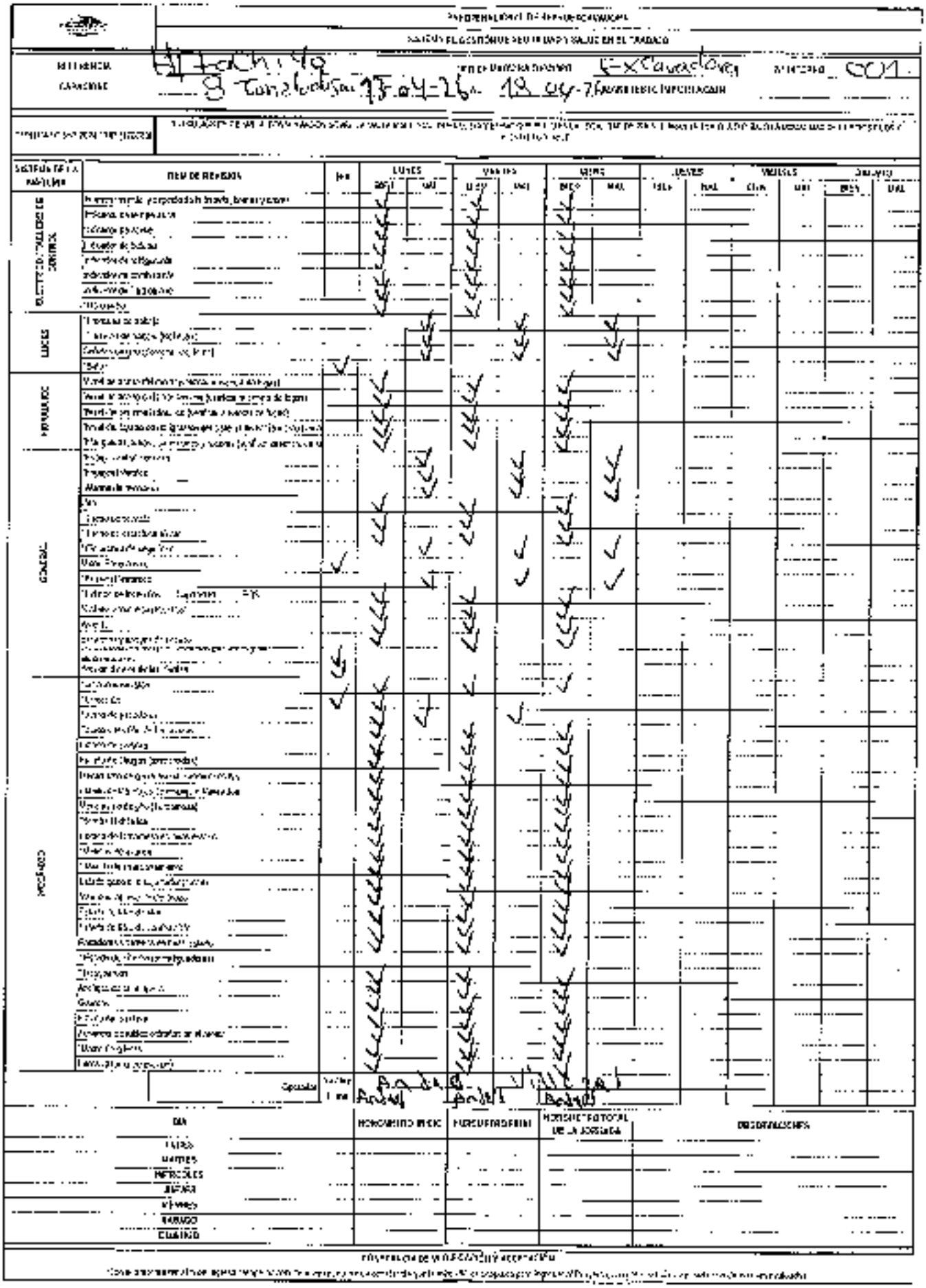
CAPACITACIÓN: Inducción del 27-04-26 al 02-05-26

FECHA DE EMISIÓN DEL FORMULARIO: Reformulado

MANIFIESTO IMPORTACIÓN: 001

CONTRATO (SI CORRESPONDE):

SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEMS REVISION	ABA	LUNES		MARTES		MIERCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO	
			DESDE	HASTA	DESDE	HASTA	DESDE	HASTA	DESDE	HASTA	DESDE	HASTA	DESDE	HASTA
ESTRUCTURA PRINCIPAL														



	PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES
	GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EMPRESA:	Shentel SGS	TIPO DE MANTENIMIENTO:	Correctivo	N° INFORME:	002
FECHA DE:	27/5/2009	AL:	29-04 AL 11-09	RAZÓN SOCIAL:	

CONTRATISTA:	

SISTEMA DE LA MAQUINA	ITEMS DE REVISION	N/A	ANTES		DURANTE					DESPUES						
			Bien	Mal	Bien	Mal	Bien	Mal	Mal	Bien	Mal	Bien	Mal	Bien	Mal	
ELECTRICO TABLERO DE CONTROL	Funcionamiento y estado de botones (Parada y Start)									✓		✓		✓		
	Estado de Luces Piloto									✓		✓		✓		
	Estado de Fusibles									✓		✓		✓		
	Estado de Cables									✓		✓		✓		
	Estado de Contactores									✓		✓		✓		
	Estado de Rele Térmico

	PROGRAMA DE INSPECCIONES PERIÓDICAS
	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

SUPERVISIÓN: SEMANA SEIS — JEFE INMEDIATO RESPONSABLE: SUPERVISOR — AÑO: 2022

DURACIÓN: 3.5 hrs — DEL: 13-04 — AL: 18-04 — NOMBRE DEL INSPECCIONADO

COMITÉ PARITARIO (COPAS)

SISTEMA DE LA EMPRESA	ITEM DE REVISIÓN	PLA	LUNES BIEN	LUNES MAL	MARTES BIEN	MARTES MAL	MIERC. BIEN	MIERC. MAL	JUEVES BIEN	JUEVES MAL	VIERNES BIEN	VIERNES MAL	SÁBADO BIEN	SÁBADO MAL
ELECTRICIDAD, PUESTOS DE CONTROL														
LUCES														

	DIRECCIÓN NACIONAL DE SEGURIDAD VIAL
	GESTIÓN DE SECTORES DE VERIFICACIÓN VEHICULAR OBLIGATORIA

INSPECTOR: Sebastian — UNIDAD VERIFICADORA DE CLEC: Exousbong — N° INTERNO: 007

CAPACIDAD: 7 S.Ent — del 20-04 al 25-04 — FIRMA(ES) Y ACLARACIÓN(ES):

Si utiliza otro sector, indique cuál: [illegible]

SISTEMA DE LA MAQUILLA	ITEMS DE REVISIÓN	MU	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO	
			DEV	Dal	RAH	Dal	RAH	Dal	RAH	Dal	RAH	Dal	RAH	Dal
SUSPENSIÓN Y DIRECCIÓN	Barras estabilizadoras y bujes de barras estabilizadoras		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Brazo de suspensión		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Buje de amortiguador		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Buje de barra de suspensión		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Buje de brazo de suspensión		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Buje de muelle de suspensión		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Buje de torre de suspensión		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Caja de dirección		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Cremallera		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Fuelle de cremallera		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Rótula de dirección		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Terminal de dirección		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
RUEDAS	Neumático delantero		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Neumático trasero		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Rodamiento de rueda delantera		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Rodamiento de rueda trasera		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Tuerca		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
FRENOS	Bomba de freno (ABS)		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Bomba de freno (convencional)		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Cable de freno de mano		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Cable de freno de servicio		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Cañería de freno		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Cilindro de rueda		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Disco de freno		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Flexible de freno		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Freno de estacionamiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Freno de servicio		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Pastilla de freno		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Tambor de freno		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Válvula de freno		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Zapata de freno		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Operador	Nombre	Sebastian		Sebastian		Sebastian		Sebastian		Sebastian		Sebastian	
		Firma												

DÍA	HORÓMETRO INICIO	HORÓMETRO FINAL	HORÓMETRO TOTAL DE LA JORNADA	OBSERVACIONES
LUNES				
MARTES				
MIÉRCOLES				
JUEVES				
VIERNES				
SÁBADO				
DOMINGO				

CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN

Con el presente registro declaro que [illegible]

Nueva numeración

SANTIAGO DE CHILE

INSPECCIÓN PERSONAL DE VEHÍCULOS AUTOMOTORES

REFERENCIA: Vibro Compactador/Caterpillar AÑO: 2009

INSPECCIONADO POR: Humberto Vargas MARCA: Caterpillar

PATENTE: DCC CATEGORÍA: 3 Toneladas PERÍODO: Abril - 06-26 al 11-26.

NOMBRE DEL OPERADOR: Humberto Vargas CÉDULA: 8026529-4

CONTRATO 486-7-03

"CATEGORÍAS FORMA DE CONSERVACIÓN CONTRA CUALQUIER ATENTADO CONTRA LA VIDA Y LA SALUD DE LOS TRABAJADORES"

	ITEM	CATEGORÍA	ENE. B	ENE. M	MAR. B	MAR. M	MAYO B	MAYO M	AGOS. B	AGOS. M	NOV. B	NOV. M	DIC. B	DIC. M
LUCES	* Un trabajo de enfrente (trabajo accesorio)		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Un trabajo trasero (trabajo accesorio)		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
Cabina	* Cabina cerrada (ROPS)		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Cinturón de seguridad		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Luces de acceso (ROPS)		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Asiento		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Marcha en reversa		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Indicadores (Velocímetro)		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Luces de vías (Luces de trabajo)		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Luces		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Cinturón de seguridad		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Alarma de retroceso		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Bocina		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Extintor y equipo de primeros auxilios		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Limpiaparabrisas (manual/eléctrico)		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Frenos (ROPS)	No aplica	X		X		X		X		X		X	
	Frenos de mano (estacionamiento)		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
FRENOS	Cinturón de seguridad		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Cambio de sentido (marcha atrás)		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Frenos de emergencia	no aplica	X		X		X		X		X		X	
	Luces (ROPS)	no aplica	X		X		X		X		X		X	
	* Dirección (hay que ver, bocina, luces)		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Número de cabeceras en la carretera		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Neumáticos		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Protección de ruedas		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Bocina y alarma		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Espejos retrovisores		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Resguardos		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Articulación (ROPS)		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
OTROS	OBSERVACIONES													

* PUNTO CRÍTICO QUE REQUIERE ATENCIÓN PARA OPERAR

Firma del operador: [signature]

Firma del Conductor: [signature]

NOMBRE: Anderson Cortés MDP. TEST-MM.

NOMBRE Y APELLIDOS

OBSERVACIONES:

obra ASUNCIÓN

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

INSPECCIONES PLANEADAS INTERNAS DE VERIFICACIÓN DIARIA

REFERENCIA: Obra compactador caterpillar | MODELO: 2004

INSPECCIONADO POR: Humberto Vargas | MARCA: caterpillar

Nº INTERNO: 0064 | CAPACIDAD: 3 toneladas | PERIODO: 13-04-26 AL 18

NOMBRE DEL OPERADOR: Humberto Vargas | CEDULA: 80265284

CONTRATO: 047-2015 | CONSTRUCCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN VIAL A NIVEL NACIONAL EN LA RED VIAL TERCIARIA Y CAMINOS VECINALES DE LA JURISDICCIÓN DE LA UNIDAD OPERATIVA DE CONSERVACIÓN VIAL ARMENIA, MEDIANTE LA MODALIDAD DE PRECIOS UNITARIOS Y ESTADO ACEPTABLE

	ITEM	CANTIDAD	JUN.		ABR.		MAY.		JUN.		JUL.		SEP.	
			M	V	M	V	M	M	M	M	M	M	M	D
FRENOS	* De trabajo - de emergencia (freno de pie y mano)		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
CABINA	* De trabajo - asiento (FIJO y GIRATORIO)		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Cabina - arneses (R.O.P.S.)		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Cinturón de seguridad		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Cornetas - Vehículo (Obligatorio)		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Alarma		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Alarma de reversa		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Bocina de advertencia (Obligatorio)		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Retrovisores (Obligatorio)		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Vidrios (Obligatorio)		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Cinturón de seguridad (Obligatorio)		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Alarma de advertencia		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Luces		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Luces direccionales (Obligatorio)		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado de llantas (Obligatorio)		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Luces de parqueo		-		-		-		-		-		-	
	Luz de reversa		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
ESTADO MECÁNICO	Cabina de tipo Vehículo		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Estado de aceite (Obligatorio)		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Nivel de refrigerante		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Nivel de aceite		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Conexiones eléctricas, bornes y baterías		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Nivel de refrigerante (Obligatorio)		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Aceite		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Pedales y Palancas Lubricados		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Llantas		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Pines de seguridad		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Resguardos		-		-		-		-		-		-	
	Accesorios de izaje		-		-		-		-		-		-	
OTROS	OBSERVACIONES													

* PUNTO CRITICO QUE IMPIDE LA EJECUCION DE LA TAREA

Firma de quien inspecciona: [signature]

Nombre: Anderson Ortiz - Insp. SST-MA.

Firma de Conductor: [signature]

Nombre (MAYUSCULAS)

OBSERVACIONES:

SECRETARIA DE SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD EN EL TRABAJO

INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE MAQUINARIA AMARILLA

MAQUINARIA: Vibro compactador caterpillar | MODELO: 2009

INSPECCION 400 PCR | MARCA: caterpillar

Nº INTERNO: 006 | CAPACIDAD: 3 toneladas | MOTOR: Gasolina 2.1 hp 2.6

NOMBRE DEL OPERADOR: Alexander Vargas | CEDULA: 80265284

CONTRATO 451-2009 | UBICACIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN CON LA VIGILANCIA DEL INSPECTOR DE LA ASOCIACIÓN DE LA VIA APARTADÓ-CAREPA

	ITEM	CANTIDAD	LUN. H	LUN. V	MAR. H	MAR. V	MIER. H	MIER. V	JUEV. H	JUEV. V	VIER. S	VIER. V	S-D H	S-D V
LIQUIDO	* De Motor (Aceite)		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* De radiador (Agua)		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
CAVIDAD	* Filtro de aire seco		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Filtro de aire húmedo		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Limpieza de rejilla		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Aceite		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Silenciador y tubo		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Tubo escape (Ubicado en lugar seguro)		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Fugas (Aceite, agua, combustible,		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	combustible)		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Pedal de freno y mando (Juego y recorrido)		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Mando de velocidades		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Pito		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Luz (Alta y baja) de adelante		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Espejo retrovisor derecho (Izquierdo)		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Estado de llantas		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
ESTADO	Estado (Pintura y lámina)		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Orden y aseo		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
MECÁNICO	* Extintor (Ubicado en lugar seguro)		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Botiquín (Ubicado en lugar seguro)		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Vocabulario vial		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Dirección (Izquierda, derecha y bloqueo)		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Mando de suspensión vibratoria (Encendido)		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Motor		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Tornillería y pernos en general		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Pasadores		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Fuga de aceite		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	* Ruido anormal		✓		✓		✓		✓		✓		✓	
	Mando de combustible													
OTROS	OBSERVACIONES													

* PUNTO CRÍTICO QUE IMPIDE LA EL EQUIPO PARA OPERAR

Firma de servicio: | Fecha de Conexión:

NOMBRE: Anderson Ortiz. Insp. SST-MA.

FOLIOS EN 4 FOLIOS

OBSERVACIONES:

ANEXO 10. CARACTERIZACIÓN DE ACCIDENTALIDAD

CÓDIGO	FORMATO	VERSIÓN	
	FORMATO No. 20 - CARACTERIZACIÓN DE ACCIDENTES / INCIDENTES/ TERCEROS	2.0	

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO 31 de Marzo 2026

SUBDIRECCIÓN GENERAL DE INFRAESTRUCTURA

DIRECCIÓN TÉCNICA DE CONSERVACIÓN DE INFRAESTRUCTURA

SUBDIRECCIÓN TÉCNICA CONSERVACIÓN DEL SUBSISTEMA VIAL

CONTRATO OBRA No. 487 -2025

CONTRATO INTERVENTORIA No. FDLPA-CIN-489-2025

CONTRATISTA CONSORCIO ADA 045

INTERVENTOR CONSORCIO VIAS LOCALES

OBJETO "EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁ D.C., BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE".

PERIODO DE INFORME: 1/03/2026 **A** 31/03/2026

No.	EVENTO		FECHA DE OCURRENCIA	TIPO DE VINCULACION				TERCERO	NOMBRE ACCIDENTADO	CEDULA	CARGO	DIAS DE INCAPACIDAD	DIAS PERDIDOS	DIAS CARGADOS	EDAD (años)			GÉNERO		JORNADA DE TRABAJO		DIA DE OCURRENCIA	AREA DE LABOR DEL ACCIDENTADO	PROCESO O LUGAR DE OCURRENCIA DEL ACCIDENTE	TIPO DE ACCIDENTE	SEVERIDAD DEL ACCIDENTE	CLASE DE ACCIDENTE	AGENTE DEL ACCIDENTE	AGENTE DE LA LESION	TIPO DE LESION	PARTE DEL CUERPO AFECTADA	CAUSAS BASICAS (Según NTC 3701)				CAUSAS INMEDIATAS (Según NTC 3701)				COSTO TOTAL	MEDIDAS DE INTERVENCION/ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS	FECHA DE CUMPLIMIENTO	FECHA DE SEGUIMIENTO
	CON TIEMPO PERDIDO	SIN TIEMPO PERDIDO		DIRECTA	INDIRECTA	VISITANTE	OTRO								< 20	20 a 40	> 40	MASCULINO	FEMENINO	DIURNA	NOCTURNA											CODIGO	FACTORES PERSONALES	CODIGO	FACTORES DE TRABAJO	CODIGO	ACTOS SUBESTANDARES	CODIGO	CONDICIONES SUBESTANDARES			
1	DURANTE EL PERIODO DEL 23 DE ENERO DE 2026 AL 28 DE FEBRERO DE 2026 NO SE HAN PRESENTADO ACCIDENTES DE TRABAJO																																									
2	DURANTE EL PERIODO DEL 01 DE MARZO DE 2026 AL 31 DE MARZO DE 2026 NO SE HAN PRESENTADO ACCIDENTES DE TRABAJO																																									
3	DURANTE EL PERIODO DEL 01 DE ABRIL DE 2026 AL 30 DE ABRIL DE 2026 NO SE HAN PRESENTADO ACCIDENTES DE TRABAJO																																									

(Firma)

Residente SST de obra

ANEXO 11. REGISTRO FOTOGRAFICO

	"EJECUCIÓN DE OBRAS DE CONSERVACIÓN SOBRE LA MALLA VIAL LOCAL, INTERMEDIA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA LOCALIDAD DE PUENTE ARANDA, BOGOTÁ D.C., BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS FIJOS Y MONTO AGOTABLE".				
CONTRATO N° 487 de 2025	*FECHA:*	*01 DE ABRIL DE 2026 AL 30 DE ABRIL DE 2026*	*FRENTE:*	***PUNTO PAC-ASUNCIÓN - VILLA SONIA - PENSILVANIA***	***INFORME SST***

REGISTRO FOTOGRÁFICO

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

			
ENTREGA DOTACIÓN - EPP	**UNIDADES SANITARIAS**	**SEÑALIZACIÓN INFORMATIVA**	**PUNTO HIDRATACIÓN EN FRENTES DE OBRA**
			
KIT DE EMERGENCIA	**CARTELERA INFORMATIVA**	**CERRAMIENTOS PERIMETRALES**	**REPOSICIÓN EPP**
			
CAPACITACIÓN SST	**VALLA INFORMATIVA**	**CERRAMIENTOS PERIMETRALES**	**UBICACIÓN PUNTO ENCUENTRO**
			
ORDEN Y ASEO	**SEÑALIZACIÓN DE MATERIAL**	**CERRAMIENTO PERIMETRALES**	**ADECUACIÓN CERRAMIENTOS**