

|              |           |             |                |
|--------------|-----------|-------------|----------------|
| <b>Fecha</b> | <b>30</b> | <b>mayo</b> | <b>de 2026</b> |
|--------------|-----------|-------------|----------------|

|                                         |
|-----------------------------------------|
| <b>INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO</b> |
|-----------------------------------------|

|                      |                                                                                                                                                                            |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Contratista          | Felipe Salazar Chaparro                                                                                                                                                    |
| Cédula de Ciudadanía | 1039695634                                                                                                                                                                 |
| Contrato No          | SGSA-004-2026                                                                                                                                                              |
| Objeto contractual   | : prestación de servicios de apoyo a la gestión administrativa en la implementación del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, en el municipio de remedios |
| Valor del contrato   | 18'000.000                                                                                                                                                                 |

| Actividades Estipuladas en el Contrato                                                                                           | Acciones ejecutadas en el período                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Fuentes de Verificación (Anexos)                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Fortalecer la cultura del autocuidado y seguridad en el trabajo promoviendo el compromiso y liderazgo de todos los empleados. | <p>Se realizo jornada de pausas activas con los compañeros monitores de deporte. En el mes de mayo, con el objetivo de darle cumplimiento al plan estratégico de recursos humanos, así inculcar a los empleados una cultura del auto cuidado y la prevención de enfermedades de origen osteomuscular ligadas al sedentarismo y que por medio del ejercicio se puede retrasar la aparición y controlar sus consecuencias</p> <p>El día 19 de mayo se socializo a través de la inducción y reinducción institucionla, los documentos de la política de SST, los objetivos y metas y Roles y responsabilidades del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Alcaldía de remedios y como actividad complementaria a los empleados de la secretaria de Gobierno se les realizo la</p> | <p>Ver anexo 1 Registro fotográfico. Pausas activas.</p> <p>Ver anexo 2. Registro fotografico socialización institucional del programa de inducción y reinducción que contiene los documentos de la Política de SST los objetivos y metas y Roles y responsabilidades del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.</p> |

|                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                    | <p>actividad de inducción y reinducción en su puesto de trabajo, todo esto para complementar a las actividades de capacitaciones, para que los empleados recuerden la normatividad propia que los rige y cumplir los lineamientos de la resolución 0312 de 2019.</p> <p>El día 13 de mayo se realizó la revisión de la planilla de seguridad de los empleados revisando que estuvieran cargados en el sistema de AXA COLPATRIA ya que se dio un cambio de administradora de riesgos laborales, para que estuvieran cubiertos y que logaran desarrollar sus actividades.</p> | <p>Ver anexo 3.Registro fotografico socialización por medio del correo institucional del programa de inducción y reinducción.</p> <p>Ver anexo 4. Registro de planilla cargada al sistema.</p> |
| 2. Identificar, evaluar e intervenir los factores de riesgo en la. | <p>El día 21 de mayo se realizó inspección al Centro Administrativo Municipal en donde se inspeciono la planta fisica y se identifico la necesidad de instalar la señalización para los elementos de atención de emergencias y las rutas de evacuación, adicionalmente</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>Ver anexo 5. Registro fotográfico y formato de inspección de seguridad.</p>                                                                                                                 |

|                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                 | se evidencio que los extintores por fecha, se encuentran para revisión.                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                  |
| 3. Apoyar al Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST), con la finalidad de vigilar y promover las normas y reglamentos de Seguridad y Salud en el Trabajo. | Para el presente mes el comité paritario de seguridad y salud en el trabajo, no desarrollo su reunion mensual, porque aun hace falta un integrante suplente para integrar la totalidad del comité, se proyecta que para el proximo mes se haya encontrado el mienbro faltante, también se le recomendo a el área de talento humano para que se lograra solucionar esta situación. | Ver anexo 6. Registro de resolución para postulación al COPASST. |
| 4. Apoyar al Comité Convivencia Laboral como medida preventiva y correctiva de la conducta de acoso laboral dentro de la organización.                                          | Para el presente mes el comité de convivencia laboral, no desarrollo su reunion mensual, hace falta un integrante suplente para integrar la totalidad del comité, se proyecta que para el proximo mes se haya encontrado el mienbro faltante, , también se le recomendo a el área de talento humano para que se lograra solucionar esta situación                                 | Ver anexo 7. Registro de resolución para postulación al CCVL     |
| 5. Actualizar como mínimo una vez al año la matriz IPVR Identificación de peligros evaluación y valoración de riesgos.                                                          | Para el periodo de mayo la matriz IPVR se encuentra actualizada con la ayuda de la asesora de la ARL AXA.                                                                                                                                                                                                                                                                         | Ver anexo 8. Registro fotográfico matriz IPVR actualizada.       |

|                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6. Investigar accidentes.                                                                                                                                                         | En el mes de mayo se registró un accidente laboral.                                                                                                                                                                                                    | Ver anexo 9. Registro certificado del FURAT, reporte de accidente laboral                                               |
| 7. Atender las visitas de la ARL y de las entidades de vigilancia que visiten la entidad para la revisión del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.              | El día 28 de mayo se realizó reunión con la representante de la ARL AXA Juliana Ruiz donde recibió asesoría en la actualización del plan de emergencias de riesgo.                                                                                     | Ver anexo 10. Registro fotográfico de reunion virtual por parte de funcionaria de la ARL AXA.                           |
| 8. Realizar el cálculo de los indicadores definidos para el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de acuerdo con la periodicidad definida para cada uno.          | En el presente mes actualizó el calculo de los indicadores.                                                                                                                                                                                            | Ver anexo 11. Registro fotográfico de calificación de indicadores.                                                      |
| 9. Realizar seguimiento a las restricciones originadas de los exámenes médicos ocupacionales y notificar a la entidad cuando no se dé cumplimiento por parte de los empleados.    | En el presente mes no se presentan seguimientos.                                                                                                                                                                                                       | N.A                                                                                                                     |
| 10. Mantener actualizada la descripción sociodemográfica de los trabajadores.                                                                                                     | En el mes de mayo se dio inicio a la inducción y reinducción, la actividad aun se esta realizando en el mes de abril donde manera conjunta se busca adelantar la actualización del perfil sociodemografico.                                            | Ver anexo 12. Registro fotográfico de actividad de inducción y reinducción y actualización del perfil sociodemografico. |
| 11. Elaborar y mantener actualizada la documentación del SG-SST que sea requerida por la normatividad vigente en Colombia o por normas o estándares que la entidad haya adoptado. | Se realizó el registro y el archivo de la documentación de los programas que son parte del SG-SST , para esrto se elaboro la carpeta fisica del SG-SST 2026 se archiva en medio magnético y en la carpeta física de registro documental de SG-SST 2026 | Ver anexo 13. Listado maestro de documentos.                                                                            |
| 12. Mantener un registro estadístico de los incidentes y de los accidentes de trabajo, así como de las enfermedades laborales que ocurran incluyendo indicadores de severidad,    | Se mantiene un registro actualizado al mes de mayo de indicadores en un documento llamado matriz de indicadores que se encuentra en la carpeta de                                                                                                      | Ver anexo 14. Registro matriz de indicadores.                                                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| frecuencia, y mortalidad de los accidentes y prevalencia e incidencia de enfermedad laboral.                                                                                                                                                              | SST/SG-SST/II.HACER/3. GESTION DE LA SALUD.                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                |
| 13. Archivar y administrar toda la documentación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo garantizando su disponibilidad y conservación en conjunto con el área administrativa.                                                          | Se realiza el archivo de la documentación física y de forma magnética en la carpeta del SG-SST 2026,                                                                                                                    | Ver anexo 15. Listado maestro de documentos.                                                                                   |
| 14. Activar y capacitar la brigada de emergencias para controlar situaciones de riesgo.                                                                                                                                                                   | La brigada de emergencia se encuentra conformada para el presente mes, se programo como ordenes de trabajo con la ARL AXA para la capacitación de la brigada de emeregencias, la cual se dara en los proximos periodos. | Ver anexo 16. Registro Acta de conformación brigada de emergencia.                                                             |
| 15. Elaborar un sistema de vigilancia epidemiológica que permitirá identificar, cuantificar, monitorear, intervenir y hacer seguimiento a los factores de riesgo que pueden generar posibles enfermedades profesionales a los trabajadores de la entidad. | Se elaboro unos protocolos y procedimientos para detectar, controlar y monitorear los factores de riesgo que generan las enfermedades en el personal de la Administración municipal.                                    | Ver anexo 17. Registro del documento 130.SGSA-SGSST-044<br>PROCEDIMIENTO PARA PROMOVER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN EL TRABAJO |



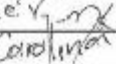
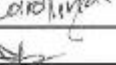
FIRMA DEL CONTRATISTA.

## ANEXOS

### Anexo 1. Registro fotográfico pausas activas.



Anexo 2. Registro fotográfico Pausas activas Comfenalco.

|  <div> <b>Alcaldía de Remedios</b><br/> Antioquia<br/> ALCALDÍA MUNICIPAL DE REMEDIOS NIT: 890.984.312-4 </div> |                                                                                                                                                                                      |                                      |                         |                     |                                                                                       |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 130.SGSA-SGSST-050                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                      |                                      |                         |                     |                                                                                       |           |
| <b>REGISTRO DE ASISTENCIA</b>                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                      |                                      |                         |                     |                                                                                       |           |
| Fecha                                                                                                                                                                                            | 19/05/2026                                                                                                                                                                           |                                      | Hora Inicio             | 03:00 p.m.          | Hora Final                                                                            | 4:10 p.m. |
| Evento                                                                                                                                                                                           | Reunión <input type="checkbox"/> Capacitación <input checked="" type="checkbox"/> Charla <input type="checkbox"/> Divulgación <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> |                                      |                         |                     |                                                                                       |           |
| Tema                                                                                                                                                                                             | Socialización Política de SST, objetivos y metas del SG-SST, Roles y Responsabilidades SG-SST                                                                                        |                                      |                         |                     |                                                                                       |           |
| Expositor                                                                                                                                                                                        | Felipe A. Sabazar Chaparro.                                                                                                                                                          |                                      |                         | Cargo               | Profesional SST                                                                       |           |
| Expositor                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                      |                                      |                         | Cargo               |                                                                                       |           |
| Nº                                                                                                                                                                                               | Identificación                                                                                                                                                                       | Correo                               | Nombres y Apellidos     | Cargo               | Firma                                                                                 |           |
| 1                                                                                                                                                                                                | 103ES99012                                                                                                                                                                           |                                      | Monica Alejandra Yungas | GESTOR RECAP        |    |           |
| 2                                                                                                                                                                                                | 1076384306                                                                                                                                                                           | 12.comunivagabondos@antioquia.gov.co | Florencia Moreno        | Tr. Gobierno y Res. |    |           |
| 3                                                                                                                                                                                                | 1.096914233                                                                                                                                                                          | j.comilav@bomai.com                  | Julieth Camila Villa    | Apoyo Gestión       |    |           |
| 4                                                                                                                                                                                                | 70289896                                                                                                                                                                             | sh9306885@gmail.com                  | Sigifredo Henao Gallego | Contratista         |    |           |
| 5                                                                                                                                                                                                | 93593291                                                                                                                                                                             | gobierno@remedios.gov.co             | CLARA VAZGAS            | Asesoría en SST     |    |           |
| 6                                                                                                                                                                                                | 1088009427                                                                                                                                                                           | carolinamarin@remedios.gov.co        | Carolina Marin          | Contratista         |    |           |
| 7                                                                                                                                                                                                | 1143364913                                                                                                                                                                           | gobierno@remedios.gov.co             | YOMALI Medina Galeano   | Ases. Admón.        |   |           |
| 8                                                                                                                                                                                                | 1039593480                                                                                                                                                                           |                                      | Alejandro Bedoya U.     | Profesional Esp.    |  |           |
| 9                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                      |                                      |                         |                     |                                                                                       |           |
| 10                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                      |                                      |                         |                     |                                                                                       |           |
| 11                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                      |                                      |                         |                     |                                                                                       |           |
| 12                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                      |                                      |                         |                     |                                                                                       |           |
| 13                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                      |                                      |                         |                     |                                                                                       |           |
| 14                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                      |                                      |                         |                     |                                                                                       |           |
| 15                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                      |                                      |                         |                     |                                                                                       |           |
| 16                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                      |                                      |                         |                     |                                                                                       |           |
| 17                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                      |                                      |                         |                     |                                                                                       |           |
| 18                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                      |                                      |                         |                     |                                                                                       |           |
| 19                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                      |                                      |                         |                     |                                                                                       |           |
| 20                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                      |                                      |                         |                     |                                                                                       |           |
| 21                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                      |                                      |                         |                     |                                                                                       |           |
| 22                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                      |                                      |                         |                     |                                                                                       |           |
| Dirección: Kll 10 # 9-62, Piso 3, Oficina 302 – Código Postal: 052820<br>Teléfono: +57 (604) 8303061 – Correo Institucional: gobierno@remedios-antioquia.gov.co<br>www.remedios-antioquia.gov.co |                                                                                                                                                                                      |                                      |                         |                     |                                                                                       |           |

### Anexo 3. Registro fotografico socialización por medio del correo institucional del programa de inducción y reintucción.





**Alcaldía de Remedios**  
Antioquia

ALCALDÍA MUNICIPAL DE REMEDIOS NIT: 890.984.312-4

## POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

130.SGSA-SGSST-011

El Municipio de Remedios, consciente de la importancia del bienestar de su talento humano, establece dentro de sus prioridades el diseño, administración e implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, involucrando en este mejoramiento a todos los niveles de nuestra organización, incluyendo personal vinculado y contratista en cada uno de sus centros de trabajo.

Dentro de este proceso de mejora continua el Municipio de Remedios busca la protección de la salud y seguridad de todos sus funcionarios y vinculados, para esto, buscará la identificación de peligros, evaluación y valoración de los riesgos asociados al cumplimiento de nuestra actividad económica y sus respectivos controles

**Albeiro Arenas Molina - Alcalde**



## ROLES Y RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADO

130.SGSA-SGSST-002

- ✓ Procurar el cuidado integral de su salud.
- ✓ Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
- ✓ Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.
- ✓ Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.
- ✓ Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST.
- ✓ Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.



**Albeiro Arenas Molina - Alcalde**

#### Anexo 4. Registro de planilla cargada al sistema.

<

Anexo 5. Registro fotográfico y formato de inspección de seguridad.





Alcaldía  
de Remedios  
Antioquia

ALCALDÍA MUNICIPAL DE REMEDIOS NIT: 890.984.312-4

130.SGSA-SGSST-048

INSPECCIÓN DE SEGURIDAD

|                        |                   |       |                   |       |  |
|------------------------|-------------------|-------|-------------------|-------|--|
| Responsable Inspección |                   | Cargo | Miembro COPASST   | Firma |  |
| Responsable Inspección |                   | Cargo | Practicante SST   | Firma |  |
| Responsable Inspección | Elipio H. Salazar | Cargo | Responsable SGSST | Firma |  |
| Fecha de la Inspección | 21/05/2026        |       |                   | Hora  |  |

Se realiza Inspección con participación del COPASST, en algunos centros de trabajo pertenecientes a la Alcaldía Municipal de Remedios.

| CENTRO DE TRABAJO               | HALLAZGO                                                                                                                                                                                                              | RECOMENDACIÓN                                                                                                                                                          |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Centro Administrativo Municipal | Se realizó inspección a los extintores ubicados en el centro administrativo y diferentes lugares pertenecientes a la administración y se evidencio que los elementos se encuentran vencidos, pendientes para recarga. | Se le da aviso a la secretaria de Planeación para que por medio de un convenio inter administrativo con los bomberos municipales se logre la recarga de los extintores |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |
|                                 |                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |

Dirección: KLL 10 # 9-62, Piso 3, Oficina 302 – Código Postal: 052820  
Teléfono: +57 (604) 8303061 – Correo Institucional: gobierno@remedios-antioquia.gov.co  
www.remedios-antioquia.gov.co



## Anexo 6. Registro de resolución para postulación al COPASST.



**Alcaldía  
de Remedios**  
Antioquia

ALCALDÍA MUNICIPAL DE REMEDIOS NIT: 890.984.312-4

### **RESOLUCIÓN N.º 516 (28 DE NOVIEMBRE DE 2025)**

*"Por la cual se convoca a la elección de los representantes de los empleados y sus suplentes ante el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST y Comité de Convivencia Laboral CCL, de la Alcaldía Municipal de Remedios para el periodo 2026-2027"*

**EL ALCALDE DEL MUNICIPIO DE REMEDIOS**, en uso de las facultades legales y en especial a las conferidas en el Decreto 614 de 1984, artículos 1 y 14 de la Resolución N° 2013 de 1986, Decretos 1295 de 1994 y 1072 de 2015 y 3461 de 2025.

#### **CONSIDERANDO**

Que el artículo 25 del Decreto 614 de 1984 "Por el cual se determinan las bases para la organización y administración de Salud Ocupacional en el país", establece:

*"ARTÍCULO 25.- Comités de medicina, higiene y seguridad industrial de empresas. En todas las empresas e instituciones públicas o privadas, se constituirá un comité de medicina, higiene y seguridad industrial, integrado por un número igual de representantes de los patrones y de los trabajadores cuya organización y funcionamiento se regirá por la reglamentación especial que expiden conjuntamente los Ministerios de Salud, Trabajo y Seguridad Social".*

Que el artículo 2 de la Resolución N° 2013 del 6 de junio de 1986, establece los rangos de representantes de los servidores públicos a elegir para la conformación de los mencionados comités, dependiendo del total de los servidores públicos de cada Entidad; así, de 10 a 49 trabajadores, un (1) representante; de 50 a 499 trabajadores, dos (2) representantes; de 500 a 999 trabajadores, tres (3) representantes; de 1000 o más trabajadores, cuatro (4) representantes, con sus respectivos suplentes.

Que el artículo 5° de la Resolución 2013 de 1986, establece que el empleador nombrará directamente sus representantes al Comité y los trabajadores elegirán los suyos mediante votación libre.

Que el artículo 63° del Decreto 1295 de 1994 "Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales" dispuso:

*"ARTÍCULO 63. Comité paritario de salud ocupacional de las empresas.*

Dirección: Calle 10 # 9-62, CAM, piso 3, Calle Real – Código Postal: 052820  
Teléfono: +57 (604) 8303061 – Correo Institucional: [talentohumano@remedios-antioquia.gov.co](mailto:talentohumano@remedios-antioquia.gov.co)  
[www.remedios-antioquia.gov.co](http://www.remedios-antioquia.gov.co)

03/5021

## Anexo 7. Registro de resolución para postulación al CCVL.



**Alcaldía  
de Remedios**  
Antioquia

ALCALDÍA MUNICIPAL DE REMEDIOS NIT: 890.984.312-4

### **RESOLUCIÓN N.º 516** **(28 DE NOVIEMBRE DE 2025)**

*"Por la cual se convoca a la elección de los representantes de los empleados y sus suplentes ante el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST y Comité de Convivencia Laboral CCL de la Alcaldía Municipal de Remedios para el periodo 2026-2027"*

**EL ALCALDE DEL MUNICIPIO DE REMEDIOS**, en uso de las facultades legales y en especial a las conferidas en el Decreto 614 de 1984, artículos 1 y 14 de la Resolución N° 2013 de 1986, Decretos 1295 de 1994 y 1072 de 2015 y 3461 de 2025,

#### **CONSIDERANDO**

Que el artículo 25 del Decreto 614 de 1984 "Por el cual se determinan las bases para la organización y administración de Salud Ocupacional en el país", establece:

**"ARTÍCULO 25.-** Comités de medicina, higiene y seguridad industrial de empresas. En todas las empresas e instituciones públicas o privadas, se constituirá un comité de medicina, higiene y seguridad industrial, integrado por un número igual de representantes de los patrones y de los trabajadores cuya organización y funcionamiento se regirá por la reglamentación especial que expiden conjuntamente los Ministerios de Salud, Trabajo y Seguridad Social".

Que el artículo 2 de la Resolución N° 2013 del 6 de junio de 1986, establece los rangos de representantes de los servidores públicos a elegir para la conformación de los mencionados comités, dependiendo del total de los servidores públicos de cada Entidad; así, de 10 a 49 trabajadores, un {1} representante; de 50 a 499 trabajadores, dos {2} representantes; de 500 a 999 trabajadores, tres {3} representantes; de 1000 o más trabajadores, cuatro {4} representantes, con sus respectivos suplentes.

Que el artículo 5° de la Resolución 2013 de 1986, establece que el empleador nombrará directamente sus representantes al Comité y los trabajadores elegirán los suyos mediante votación libre.

Que el artículo 63° del Decreto 1295 de 1994 "Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales" dispuso:

**"ARTÍCULO 63.** Comité paritario de salud ocupacional de las empresas.

Dirección: Calle 10 # 9-62, CAM, piso 3, Calle Real – Código Postal: 052820  
Teléfono: +57 (604) 8303061 – Correo Institucional: [talentohumano@remedios-antioquia.gov.co](mailto:talentohumano@remedios-antioquia.gov.co)  
[www.remedios-antioquia.gov.co](http://www.remedios-antioquia.gov.co)

na2021

Anexo 8. Registro fotográfico matriz IPVR actualizada.

IDENTIFICACIÓN DE PELIGRO

| Nombre de la entidad           | Nivel de Riesgo | Departamento | Municipio | Elaboró                                                                                                      | Cargo                           | Fecha de elaboración | Fecha de actualización |
|--------------------------------|-----------------|--------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------|------------------------|
| Alcaldía Municipal de Remedios | I               | Antioquia    | Remedios  | Felipe Salazar Chaparro                                                                                      | Responsable SGSST - Contratista | 18/05/2021           | 16/05/2022             |
| Nombre de la entidad           | Nivel de Riesgo | Departamento | Municipio | Revisión y Actualización                                                                                     | Fecha de actualización          |                      |                        |
| Alcaldía Municipal de Remedios | I               | Antioquia    | Remedios  | ESP. GERENCIA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO<br>LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL (R) 13070 DE 02/02/2024 | 17/02/2026                      |                      |                        |

| PROCESO             | ZONA/LUGAR | ACTIVIDAD | TAREA                                                                                                                                                                                                                                                                        | ACTIVIDAD PRIMARIA | PELIGRO       |                                                                           |                                                                       | EFECTOS POSIBLES                   |                                                                                                        | TIPO VINCULACIÓN |              | CONTROLES EXISTENTES |                                                                   |                                                     | Nivel de deficiencia NO | Valor Nivel de deficiencia NO | Nivel de Exposición RE | Valor Nivel de Exposición RE |
|---------------------|------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------|------------------------|------------------------------|
|                     |            |           |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                    | Clasificación | Descripción                                                               | Fuente                                                                | Descripción de los niveles de daño | Efectos posibles                                                                                       | Vínculo directo  | Consecuencia | Fuente               | Medio                                                             | Individuo                                           |                         |                               |                        |                              |
| SERVIDIO AL CLIENTE |            |           | Formular y ejecutar políticas de la administración financiera y fiscal para el municipio. Tendrá la responsabilidad sobre la administración de los recursos financieros. Además de las funciones de planeación y administración, tendrá a su cargo de funcionario de manejo. | Si                 | BIOLÓGICO     | Virus                                                                     | Virus                                                                 | Salud-Daño leve                    | Infecciones, enfermedades contagiosas                                                                  | 2                | 1            | No existe            | No existe                                                         | No existe                                           | Alto                    | 6                             | Frecuente              | 3                            |
|                     |            |           |                                                                                                                                                                                                                                                                              | Si                 | BIOLÓGICO     | Virus                                                                     | Exposición a agentes biológicos como virus SARS-CoV-2/contacto        | Salud-Daño leve                    | Enfermedad COVID-19, Infección Respiratoria Aguda (IRA) de leve a grave, que puede ocasionar           | 2                | 1            | No existe            | Disponibilidad de sitios para lavado de manos, gel desinfectante. | Lavado de manos frecuente. Uso de mascarillas, etc. | Bajo                    | 0                             | Esporádica             | 2                            |
|                     |            |           |                                                                                                                                                                                                                                                                              | Si                 | BIOLÓGICO     | Bacterias                                                                 | Bacterias, manejo de residuos sólidos                                 | Salud-Daño leve                    | Enfermedades contagiosas, tétano, infecciones                                                          | 2                | 1            | No existe            | Se cuentan con recipientes para el depósito de residuos.          | No existe                                           | Medio                   | 2                             | Esporádica             | 2                            |
|                     |            |           |                                                                                                                                                                                                                                                                              | No                 | BIOLÓGICO     | Picaduras                                                                 | Exposición a lugares abiertos y naturales (Picadura de zancudos)      | Salud-Daño leve                    | Alergias, reacciones sistémicas, enfermedades infecciosas y/o contagiosas, muerte                      | 2                | 1            | No existe            | No existe                                                         | No existe                                           | Alto                    | 6                             | Esporádica             | 2                            |
|                     |            |           |                                                                                                                                                                                                                                                                              | No                 | BIOLÓGICO     | Mordeduras                                                                | Exposición a lugares abiertos y naturales (Semientes, centros, satos) | Salud-Daño leve                    | Procesos tóxicos, alérgicos y/o infecciosos, muerte                                                    | 2                | 1            | No existe            | No existe                                                         | No existe                                           | Medio                   | 2                             | Esporádica             | 2                            |
|                     |            |           |                                                                                                                                                                                                                                                                              | Si                 | FÍSICO        | Iluminación                                                               | Iluminación (Luz visible por exceso y deficiencia)                    | Salud-Daño leve                    | Accidentes, fatiga visual, molestias oculares; pesadez de ojos, picos, fotofobia, trastornos visuales. | 2                | 1            | No existe            | Se cuenta con iluminación en lugares establecidos                 | No existe                                           | Medio                   | 2                             | Continúa               | 4                            |
|                     |            |           |                                                                                                                                                                                                                                                                              | No                 | FÍSICO        | Radaciones no ionizantes (Láser, ultravioleta, infra roja)                | Exposición a radiación ultravioleta                                   | Salud-Daño leve                    | Cáncer de piel, deshidratación, golpe de calor, cefalea, somnolencia                                   | 2                | 1            | No existe            | No existe                                                         | Uso de ropa manga larga                             | Medio                   | 2                             | Ocasional              | 1                            |
|                     |            |           |                                                                                                                                                                                                                                                                              | Si                 | PSICOSOCIAL   | Características de la organización del trabajo (comunicación, tecnología) | Demanda cualitativa y cuantitativa de la labor                        | Salud-Daño leve                    | Trastornos emocionales, cardiovasculares, gastrointestinales,                                          | 2                | 1            | No existe            | No existe                                                         | No existe                                           | Alto                    | 6                             | Frecuente              | 3                            |

< > ==

Salud y Bienestar Social

Desarrollo Social y Agropecuario

Medio Ambiente

Planeación y Desarrollo Territorial

Hacienda

+

⌂



## Anexo 9. Registro certificado del FURAT, reporte de accidente laboral

| AXA COLPATRIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             | INFORME DE ACCIDENTES DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE |                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------|
| El informe de accidentes de trabajo deberá diligenciarse en forma completa, por parte del empleador, contratante o de sus respectivos representantes o delegados, sus variables no podrán ser modificadas por persona o entidad alguna.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                              |                            |
| EPS A LA QUE ESTA AFILIADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SURA E.P.S. | CODIGO EPS                                                   | ARL A LA QUE ESTA AFILIADO |
| APP A LA QUE ESTA AFILIADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | PORVENIR    | SEGURO SOCIAL                                                | CODIGO APP O SEGURO SOCIAL |
| TIPO DE VINCULACION LABORAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             | CUALT                                                        |                            |
| (1) EMPLEADOR (2) CONTRATANTE (3) COOPERATIVA DE TRABAJO ASOCIADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             | CUALT                                                        |                            |
| NOMBRE O RAZON SOCIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             | MUNICIPIO DE REMEDIOS                                        |                            |
| DIRECCION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             | CLL 10 9 52                                                  |                            |
| CORREO ELECTRONICO (MAIL)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             | gobierno@remedios-antioquia.gov.co                           |                            |
| CENTRO DE TRABAJO DONDE LABORA EL TRABAJADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             | MUNICIPIO DE REMEDIOS                                        |                            |
| NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             | MUNICIPIO DE REMEDIOS                                        |                            |
| DIRECCION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             | CLL 10 9 52                                                  |                            |
| DEPARTAMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             | ANTIOQUIA                                                    |                            |
| MUNICIPIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             | REMEDIOS                                                     |                            |
| CODIGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             | 05604                                                        |                            |
| ZONA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |             | U X R                                                        |                            |
| II. INFORMACION DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             |                                                              |                            |
| TIPO DE VINCULACION (1) PLANTA (2) MISIÓN (3) COOPERADO (4) ESTUDIANTE O APRENDIZ (5) INDEPENDIENTE (6) CARDO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |                                                              |                            |
| NOMBRE DE LA ACTIVIDAD ECONOMICA (Solo para independiente)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             |                                                              |                            |
| NOMBRE COMPLETO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |                                                              |                            |
| SANTIAGO CANAS GOMEZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |             |                                                              |                            |
| FECHA DE NACIMIENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |             |                                                              |                            |
| 18/12/1992                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             |                                                              |                            |
| TIPO DE IDENTIFICACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                              |                            |
| CC X CE NU PA TI CD SC PE PT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                                              |                            |
| NUMERO IDENTIFICACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |                                                              |                            |
| 1046910152                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             |                                                              |                            |
| TELEFONO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |             |                                                              |                            |
| 3206694546                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             |                                                              |                            |
| DIRECCION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |                                                              |                            |
| la cruzada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             |                                                              |                            |
| DEPARTAMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                                              |                            |
| ANTIOQUIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |                                                              |                            |
| MUNICIPIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |                                                              |                            |
| REMEDIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |             |                                                              |                            |
| CODIGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                              |                            |
| 05604                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |                                                              |                            |
| ZONA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |             |                                                              |                            |
| U X R                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |                                                              |                            |
| OCCUPACION HABITUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |             |                                                              |                            |
| Profesionales de niveles medio de servicios de administracion                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |                                                              |                            |
| 000343                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                              |                            |
| FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |                                                              |                            |
| 01/01/2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             |                                                              |                            |
| SALARIO U HONORARIOS (MENSUAL)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             |                                                              |                            |
| 6376324.00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             |                                                              |                            |
| JORNADA DE TRABAJO HABITUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |                                                              |                            |
| (1) DIURNO (2) NOCTURNO (3) MIXTO (4) TURNOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                                              |                            |
| JORNADA EN QUE SUCEDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |                                                              |                            |
| (1) NORMAL (2) EXTRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |             |                                                              |                            |
| FECHA DEL ACCIDENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |             |                                                              |                            |
| 12/05/2026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             |                                                              |                            |
| HORA DEL ACCIDENTE (0-23 HRS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |                                                              |                            |
| 11:30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |                                                              |                            |
| DIA DE LA SEMANA EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                                              |                            |
| Martes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                              |                            |
| ¿ESTABA REALIZANDO SU LABO HABITUAL?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |             |                                                              |                            |
| (1) SI (2) NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |                                                              |                            |
| MODALIDAD DE TRABAJO AL MOMENTO DEL ACCIDENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |                                                              |                            |
| PRESENCIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             |                                                              |                            |
| ¿EL ACCIDENTE ES POR CAIDA DE ALTURA?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |                                                              |                            |
| (1) SI (2) NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |                                                              |                            |
| CUALT (SOLO EN CASO NEGATIVO)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |                                                              |                            |
| CUALT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |                                                              |                            |
| TOTAL TIEMPO LABORADO PREVIO AL ACCIDENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |                                                              |                            |
| 00 horas - 00 minutos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |                                                              |                            |
| TIPO DE ACCIDENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |                                                              |                            |
| (1) VIOLENCIA (2) TRANSITO (3) DEPORTIVO (4) RECREATIVO O CULTURAL (5) PROPIOS DEL TRABAJO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             |                                                              |                            |
| ¿CAUSO LA MUERTE DEL TRABAJADOR?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                              |                            |
| (1) SI (2) NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |                                                              |                            |
| DEPARTAMENTO DEL ACCIDENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             |                                                              |                            |
| ANTIOQUIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |                                                              |                            |
| MUNICIPIO DEL ACCIDENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                              |                            |
| REMEDIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |             |                                                              |                            |
| CODIGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                              |                            |
| 05604                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |                                                              |                            |
| ZONA DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |                                                              |                            |
| U X R                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |                                                              |                            |
| LUGAR DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                              |                            |
| (1) DENTRO DE LA EMPRESA (2) FUERA DE LA EMPRESA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                              |                            |
| INDIQUE CUAL SITIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                              |                            |
| (1) ALMACENES O DEPOSITOS (2) AREAS DE PRODUCCION (3) AREAS RECREATIVAS O DEPORTIVAS (4) CORRIDORES O PASILLOS (5) ESCALERAS (6) PARQUEADEROS O AREAS DE CIRCULACION VEHICULAR (7) OFICINAS (8) OTRAS AREAS COMUNES (9) OTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                                              |                            |
| TIPO DE LESION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             |                                                              |                            |
| (1) FRACTURA (2) LUXACION (3) TORSION (4) DESGARRO MUSCULAR, HERNIA O LACERACION DE MUSCULO O TENDON SIN HERIDA (5) COMOCION O TRAUMA INTERNO (6) AMPUTACION O ENUCLEACION (exclucion o perdida de ojo) (7) HERIDA (8) TRAUMA SUPERFICIAL (incluye rasguño, punción o pinchazo y lesión en ojo por cuerpo extraño) (9) GOLPE O CONTUSION O APLASTAMIENTO (10) QUEMADURA (11) ENVENENAMIENTO O INTOXICACION AGUDA O ALERGIA (12) EFECTO DEL TIEMPO, CLIMA U OTRO RELACIONADO CON EL AMBIENTE (13) ASFIXIA (14) EFECTO DE LA ELECTRICIDAD (15) EFECTO NOCIVO DE LA RADIACION (16) LESIONES MULTIPLES (17) OTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                                              |                            |
| PARTE DEL CUERPO APARENTEMENTE AFECTADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                              |                            |
| (1) CABEZA (2) CUELLO (3) TRONCO (4) TORAX (5) ABDOMEN (6) MIEMBROS SUPERIORES (7) MIEMBROS INFERIORES (8) PIES (9) UBICACIONES MULTIPLES (10) LESIONES GENERALES U OTRAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |                                                              |                            |
| AGENTE DEL ACCIDENTE (CON QUE SE LESIONO EL TRABAJADOR)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                              |                            |
| (1) MAQUINAS Y/O EQUIPOS (2) MEDIOS DE TRANSPORTE (3) APARATOS (4) HERRAMIENTAS, IMPLEMENTOS O UTENSILIOS (5) MATERIALES O SUSTANCIAS (6) RADIACIONES (7) AMBIENTE DE TRABAJO (8) ANIMALES (vivos o productos animales) (9) AGENTES NO CLASIFICADOS POR (10) OTROS AGENTES NO CLASIFICADOS (11) FALTA DE DATOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             |                                                              |                            |
| MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |                                                              |                            |
| (1) CAIDA DE PERSONAS (2) CAIDA DE OBJETOS (3) PISADAS, CHOQUES O GOLPES (4) ATRAPAMIENTOS (5) SOBREEFUERZO, ESFUERZO EXCESIVO O FALSO MOVIMIENTO (6) EXPOSICION O CONTACTO CON LA ELECTRICIDAD (7) EXPOSICION O CONTACTO CON SUSTANCIAS NOCIVAS O RADIACIONES O SALPICADURAS (8) OTRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                              |                            |
| III. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             |                                                              |                            |
| DESCRIPCION DETALLADA DEL ACCIDENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |             |                                                              |                            |
| El día 12 del mes mayo del año 2026 los empleados de la Secretaría de Minas, Jesus U Palaco, ESMEDER BARRIENTOS y Santiago Canas, se encontraban realizando un recorrido de verificación en un sector denominado La Culebra, área que presenta intervención ilegal por parte de algunas familias que han construido edificaciones tipo invasión. Durante el desplazamiento a pie, con el fin de inspeccionar las condiciones del predio, se presentó una fuerte corriente de viento que afectó una de las estructuras ilegales ubicadas en el lugar. Como consecuencia del impacto del viento, dicha edificación sufrió un colapso lateral, cediendo sus cimientos y quedando en pie únicamente la estructura del techo. Al percibirse del peligro inminente, los funcionarios ESMEDER y Jesus lograron resguardarse oportunamente. Sin embargo, debido a la cercanía en la que se encontraba el empleado Santiago Canas, la estructura en proceso de colapso lo alcanzó, impactándolo en la zona de la cadera y la pierna derecha, ocasionándole un intenso dolor e imposibilitando su normal movilidad. De manera inmediata, el trabajador fue trasladado y remitido al Hospital Municipal para recibir atención médica y la valoración correspondiente. Se deja constancia de que el hecho ocurrió en el ejercicio de sus funciones laborales, durante actividades propias de su cargo, en cumplimiento de las labores de inspección asignadas. |             |                                                              |                            |
| PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                              |                            |
| HUBO PERSONAS QUE PRESENCIARON EL ACCIDENTE?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                                              |                            |
| SI X NO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             |                                                              |                            |
| NOMBRE COMPLETO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |                                                              |                            |
| ESMEDER MAURICIO BARRIENTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |                                                              |                            |
| TIPO DE IDENTIFICACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                              |                            |
| CC X CE NU PA TI CD SC PE PT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                                              |                            |
| NUMERO IDENTIFICACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |                                                              |                            |
| 15539131                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |             |                                                              |                            |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |                                                              |                            |
| GUARDA BOSQUES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             |                                                              |                            |
| NOMBRE COMPLETO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |                                                              |                            |
| JESUS UBEL PALACO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |             |                                                              |                            |
| TIPO DE IDENTIFICACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                              |                            |
| CC X CE NU PA TI CD SC PE PT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                                              |                            |
| NUMERO IDENTIFICACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |                                                              |                            |
| 15539131                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |             |                                                              |                            |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |                                                              |                            |
| GUARDA BOSQUES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             |                                                              |                            |
| RESPONSABLE DEL EPISODIO (Representante o Delegado)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |             |                                                              |                            |
| NOMBRE COMPLETO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |                                                              |                            |
| Ibelpa Humberto Salazar Chaparro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |             |                                                              |                            |
| TIPO DE IDENTIFICACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |                                                              |                            |
| CC X CE NU PA TI CD SC PE PT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |                                                              |                            |
| NUMERO IDENTIFICACION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |                                                              |                            |
| 103965634                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |                                                              |                            |
| CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |                                                              |                            |
| COORDINADOR SST                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |                                                              |                            |



**Alcaldía  
de Remedios**  
Antioquia

ALCALDÍA MUNICIPAL DE REMEDIOS NIT: 890.984.312-4

130.SGSA-SGSST-047

**Formato de Registro, Reporte e Investigación de Enfermedades Laborales, Incidentes y Accidentes de Trabajo**

Fecha del Incidente: 12 de mayo de 2026

Hora del Incidente: 11:30 a.m.

**Descripción Detallada del Evento:**

El día 12 del mes mayo del año 2026 los empleados de la Secretaría de Minas, Jesús Uel Palacio, Esneider Barrientos y Santiago Cañas, se encontraban realizando un

recorrido de verificación en un sector denominado La Culebra, área que presenta intervención ilegal por parte de algunas familias que han construido edificaciones tipo

invasión. Durante el desplazamiento a pie, con el fin de inspeccionar las condiciones del predio, se presentó una fuerte corriente de viento que afectó una de las estructuras

ilegales ubicadas en el lugar. Como consecuencia del impacto del viento, dicha edificación sufrió un colapso lateral, cediendo sus cimientos y quedando en pie únicamente la

estructura del techo. Al percatarse del peligro inminente, los funcionarios Esneider y Jesús lograron resguardarse oportunamente. Sin embargo, debido a la cercanía en la que

se encontraba el empleado Santiago Cañas, la estructura en proceso de colapso lo alcanzó, impactándolo en la zona de la cadera y la pierna derecha, ocasionándole un intenso

dolor e imposibilitando su normal movilidad.

De manera inmediata, el trabajador fue trasladado y remitido al Hospital Municipal para recibir atención médica y la valoración correspondiente.

Se deja constancia de que el hecho ocurrió en el ejercicio de sus funciones laborales, durante actividades propias de su cargo, en cumplimiento de las labores

de inspección asignadas.

**Dirección:** KLL 10 # 9-62, Piso 3, Oficina 302 – Código Postal: 052820  
**Teléfono:** +57 (604) 8303061 – **Correo Institucional:** gobierno@remedios-antioquia.gov.co  
**www.remedios-antioquia.gov.co**







**Alcaldía  
de Remedios**  
Antioquia

ALCALDÍA MUNICIPAL DE REMEDIOS NIT: 890.984.312-4

[Descripción detallada del incidente, incluyendo cómo ocurrió, qué estaba sucediendo en ese momento, cualquier equipo o herramientas involucradas, etc.]

Ubicación del Incidente:

Zona de invasión de la culebra

[Descripción de la ubicación exacta del incidente, incluyendo departamento, área específica, máquina o equipo involucrado, etc.]

Personas Involucradas:

Jesús Uel Palacio

Esneider Barrientos

Descripción de la Involucración:

Testigos

[Breve descripción del papel de cada persona en el incidente]

Lesiones Sufridas:

Contusiones generales en la cadera, la pierna derecha y región lumbosacra

Anexo 10. Registro de reunión con la representante de la ARL AXA Juliana Ruiz.



Juliana Ruiz

Empresa: MUNICIPIO DE REMEDIOS  
Actividad: Asesoría en actualización plan de emergencias  
Fecha: 28 de mayo  
Hora: 11:30 am  
Ubicación: Virtual  
Contacto: Felipe - **312 2878692** 10:27 a. m.

Confirmada la programación  
La profesional se comunica con usted la próxima semana y le envía el link de conexión 10:28 a. m.

Quedamos pendientes de programar la capacitación 10:30 a. m.

Podemos revisar la fecha de una vez ? 11:10 a. m.

**Juliana Ruiz**  
1, 3, 4 y 5 de junio en cualquier horario

Puede ser en estas fechas que hay disponibilidad en la mañana 11:11 a. m.

O a mediados o finalizando Junio 11:11 a. m.

## Anexo 11. Registro fotográfico de calificación de indicadores.

| A                                                                                   |                                                                                                                           | B                                                   |                                                                                                                                                   | C                                                                                                                           |                                                                                                                                | D                      |       | E                           |                 | F               |                         | G                                      |                         | H |  | I |  | J |  | K |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------|-----------------------------|-----------------|-----------------|-------------------------|----------------------------------------|-------------------------|---|--|---|--|---|--|---|--|
|    |                                                                                                                           | Alcaldía<br>de Remedios                             |                                                                                                                                                   | MATRIZ DE INDICADORES                                                                                                       |                                                                                                                                |                        |       |                             |                 |                 |                         |                                        |                         |   |  |   |  |   |  |   |  |
|  |                                                                                                                           |                                                     |                                                                                                                                                   |                                                                                                                             |                                                                                                                                |                        |       |                             |                 |                 |                         |                                        |                         |   |  |   |  |   |  |   |  |
| Información                                                                         |                                                                                                                           | Tipo                                                | Nombre del Indicador                                                                                                                              | Fórmula o Metodo de calculo                                                                                                 |                                                                                                                                | Frecuencia de Medición |       | Meta o limite del indicador | Responsable     | Resultado Anual | Cumplimiento Anual      | Personal que debe conocer el resultado |                         |   |  |   |  |   |  |   |  |
| PERFIL<br>SOCIODEMOGRAFICO                                                          |                                                                                                                           | Accidente de Trabajo (AT)                           | Severidad de Accidentalidad                                                                                                                       | Número de días Perdidos por AT en el mes + Número de días cargados en el mes / Numero de trabajadores en el mes * 100       |                                                                                                                                | Mensual                |       |                             | Coordinador SST | 0,00            | CUMPLE                  | Gerencia y trabajadores                |                         |   |  |   |  |   |  |   |  |
|                                                                                     |                                                                                                                           |                                                     | Frecuencia de Accidentalidad                                                                                                                      | Número de accidentes de trabajo en el periodo / Número de trabajadores en el Periodo * 100                                  |                                                                                                                                | Anual                  |       |                             | Coordinador SST | 0,00            | CUMPLE                  | Gerencia y trabajadores                |                         |   |  |   |  |   |  |   |  |
|                                                                                     |                                                                                                                           |                                                     |                                                                                                                                                   |                                                                                                                             |                                                                                                                                | Mensual                |       |                             | Coordinador SST | 0,00            | CUMPLE                  | Gerencia y trabajadores                |                         |   |  |   |  |   |  |   |  |
|                                                                                     |                                                                                                                           | Proporción de Accidentes de trabajo mortales        | Número de accidentes de trabajo mortales que se presentaron en el periodo / Total de accidentes de trabajo que se presentaron en el periodo * 100 |                                                                                                                             | Anual                                                                                                                          |                        |       | Coordinador SST             | 0               | CUMPLE          | Gerencia y trabajadores |                                        |                         |   |  |   |  |   |  |   |  |
|                                                                                     |                                                                                                                           |                                                     | Enfermedad Laboral (EL)                                                                                                                           | Prevalencia de la enfermedad laboral                                                                                        | Número de casos nuevos y antiguos de enfermedad laboral en el periodo / Promedio total de trabajadores en el periodo * 100.000 |                        | Anual |                             |                 | Coordinador SST | 0,0                     | CUMPLE                                 | Gerencia y trabajadores |   |  |   |  |   |  |   |  |
|                                                                                     |                                                                                                                           | Incidenia de la enfermedad laboral                  |                                                                                                                                                   | Número de casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo / Promedio Total de trabajadores en el periodo * 100.000         |                                                                                                                                | Anual                  |       |                             | Coordinador SST | 0,0             | CUMPLE                  | Gerencia y trabajadores                |                         |   |  |   |  |   |  |   |  |
|                                                                                     |                                                                                                                           | Ausentismo                                          | Indicadores de Ausentismo por Incapacidades                                                                                                       | Número de días de ausencia por incapacidad laboral y común / Numero de días de trabajo programados * 100                    |                                                                                                                                | Mensual                |       |                             | Coordinador SST | 0,00%           | NO CUMPLE               | Gerencia y trabajadores                |                         |   |  |   |  |   |  |   |  |
|                                                                                     |                                                                                                                           |                                                     |                                                                                                                                                   |                                                                                                                             |                                                                                                                                | Anual                  |       |                             | Coordinador SST |                 |                         |                                        |                         |   |  |   |  |   |  |   |  |
|                                                                                     |                                                                                                                           | Estructura - proceso - Resultado (E-P-R) del SG-SST | Indicadores de Estructura                                                                                                                         | Total de Items Cumplidos de los indicadores de estructura / Total de Items a evaluar de los indicadores de estructura * 100 |                                                                                                                                | Anual                  |       |                             | Coordinador SST | 73%             | CUMPLE                  | Gerencia y trabajadores                |                         |   |  |   |  |   |  |   |  |
| Indicadores de Proceso                                                              | Total de Items Cumplidos de los indicadores de Proceso / Total de Items a evaluar de los indicadores de Proceso * 100     |                                                     | 75%                                                                                                                                               | CUMPLE                                                                                                                      |                                                                                                                                |                        |       |                             |                 |                 |                         |                                        |                         |   |  |   |  |   |  |   |  |
| Indicadores de Resultado                                                            | Total de Items Cumplidos de los indicadores de Resultado / Total de Items a evaluar de los indicadores de Resultado * 100 |                                                     | 70%                                                                                                                                               | CUMPLE                                                                                                                      |                                                                                                                                |                        |       |                             |                 |                 |                         |                                        |                         |   |  |   |  |   |  |   |  |

Anexo 12. Registro fotográfico de actividad de inducción y reinducción y actualización del perfil sociodemografico.



130.SGSA-SGSST-004

CONSTANCIA DE INDUCCIÓN Y/O REINDUCCIÓN

|                 |                          |             |                                     |
|-----------------|--------------------------|-------------|-------------------------------------|
| Nombre completo | Sigifredo Henao Gallego  |             |                                     |
| N° de Cédula    | 70289896                 |             |                                     |
| Cargo           | Contratista              |             |                                     |
| Dependencia     | Secretaría de Gobierno   |             |                                     |
| Fecha           | 19/05/2026               |             |                                     |
| Inducción       | <input type="checkbox"/> | Reinducción | <input checked="" type="checkbox"/> |

Hago constar que he recibido la Inducción y/o Reinducción de Seguridad y Salud en el Trabajo en la cual se han tratado los siguientes temas:

- Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
- Identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos.
- Incidentes y accidentes de trabajo
- COPASST
- Comité de convivencia laboral
- Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial
- Roles y responsabilidades SGSST
- Política de seguridad y Salud en el Trabajo
- Objetivos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

Igualmente, acepto las responsabilidades del SGSST y me comprometo a cumplir los reglamentos, procedimientos, políticas y demás normas de seguridad establecidos en la entidad.

Firma de funcionario o contratista

Dirección: KLL 10 # 9-62, Piso 3, Oficina 302 – Código Postal: 052820  
Teléfono: +57 (604) 8303061 – Correo Institucional: saludocupacional@remedios-antioquia.gov.co  
www.remedios-antioquia.gov.co





**Alcaldía  
de Remedios**  
Antioquia

ALCALDÍA MUNICIPAL DE REMEDIOS NIT: 890.984.312-4

130.SGSA-SGSST-004

**CONSTANCIA DE INDUCCIÓN Y/O REINDUCCIÓN**

|                 |                                                  |             |          |
|-----------------|--------------------------------------------------|-------------|----------|
| Nombre completo | <i>Humberto Laguarda Laguarda</i>                |             |          |
| N° de Cédula    | <i>1.076.384.796</i>                             |             |          |
| Cargo           | <i>Profesional Universitario</i>                 |             |          |
| Dependencia     | <i>Secretaría de Gobierno y Servicios Admón.</i> |             |          |
| Fecha           |                                                  |             |          |
| Inducción       |                                                  | Reinducción | <i>X</i> |

Hago constar que he recibido la Inducción y/o Reinducción de Seguridad y Salud en el Trabajo en la cual se han tratado los siguientes temas:

- Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
- Identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos.
- Incidentes y accidentes de trabajo
- COPASST
- Comité de convivencia laboral
- Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial
- Roles y responsabilidades SGSST
- Política de seguridad y Salud en el Trabajo
- Objetivos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

Igualmente, acepto las responsabilidades del SGSST y me comprometo a cumplir los reglamentos, procedimientos, políticas y demás normas de seguridad establecidos en la entidad.

Firma de funcionario o contratista

Dirección: KLL 10 # 9-62, Piso 3, Oficina 302 – Código Postal: 052820  
Teléfono: +57 (604) 8303061 – Correo Institucional: saludocupacional@remedios-  
antioquia.gov.co  
[www.remedios-antioquia.gov.co](http://www.remedios-antioquia.gov.co)



Anexo 13. Listado maestro de documentos.



**Alcaldía  
de Remedios**  
Antioquia

ALCALDÍA MUNICIPAL DE REMEDIOS    NIT: 890.984.312-4

30.SGSA-SGSST-006

LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS

| N° | CÓDIGO             | NOMBRE DEL DOCUMENTO                                                                  | UBICACIÓN                                                                                                                                      | ELABORADO POR                                |
|----|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 56 | 130.SGSA-SGSST-056 | Programa de cero tolerancia a la conducción bajo los efectos del alcohol y sustancias | Z:\SGSST\Plan Estrategico de Seguridad Vial\Programa de cero tolerancia a la conducción bajo los efectos del alcohol y sustancias psicoactivas | Felipe Salazar Chaparro<br>Responsable SGSST |
| 57 | 130.SGSA-SGSST-057 | Programa para la protección de actores viales                                         | Z:\SGSST\Plan Estrategico de Seguridad Vial\Programa para la protección de actores viales                                                      | Felipe Salazar Chaparro<br>Responsable SGSST |
| 58 | 130.SGSA-SGSST-058 | Politica de alcohol y uso de sustancias psicoactiva                                   | Z:\SGSST\PLANEAR\2.GESTION INTEGRAL DEL SG-SST\2.7.1.NORMATIVIDAD SST\Politica de alcohol y uso de sustancias psicoactivas                     | Felipe Salazar Chaparro<br>Responsable SGSST |
| 59 | 130.SGSA-SGSST-059 | Acta de conformación de brigada de emergencia                                         | Z:\SGSST\HACER\5.GESTION AMENAZAS\5.1.2. BRIGADA DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS\Acta de conformación                  | Felipe Salazar Chaparro<br>Responsable SGSST |
| 60 | 130.SGSA-SGSST-060 | Reglamento interno de brigada de emergencia                                           | Z:\SGSST\HACER\5.GESTION AMENAZAS\5.1.2. BRIGADA DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS\Reglamento interno de                 | Felipe Salazar Chaparro<br>Responsable SGSST |
| 61 | 130.SGSA-SGSST-061 | Hoja de vida del brigadista                                                           | Z:\SGSST\HACER\5.GESTION AMENAZAS\5.1.2. BRIGADA DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS\Hoja de vida del                      | Felipe Salazar Chaparro<br>Responsable SGSST |
| 62 | 130.SGSA-SGSST-062 | Registro estadístico de accidentes de trabajo                                         | Z:\SGSST\HACER\3.2.REGISTRO, REPORTE E INVESTIGACIÓN DE LAS EL, LOS INCIDENTES Y AT\3.2.2.SEVERIDAD DE ACCIDENTALIDAD/REGISTRO                 | Felipe Salazar Chaparro<br>Responsable SGSST |
| 63 | 130.SGSA-SGSST-062 | Registro estadístico medición de la severidad de la accidentalidad                    | Z:\SGSST\HACER\3.2.REGISTRO, REPORTE E INVESTIGACIÓN DE LAS EL, LOS INCIDENTES Y AT\3.2.2.SEVERIDAD DE ACCIDENTALIDAD/REGISTRO                 | Felipe Salazar Chaparro<br>Responsable SGSST |
| 64 | 130.SGSA-SGSST-063 | Información de perfiles del cargo                                                     | Z:\SGSST\Soportes SG-SST-2026\HACER\3.1.CONDICIONES DE SALUD\3.1.3.INFORMACIÓN PERFILES DE CARGOS                                              | Felipe Salazar Chaparro<br>Responsable SGSST |
|    |                    |                                                                                       |                                                                                                                                                |                                              |
|    |                    |                                                                                       |                                                                                                                                                |                                              |

Anexo 14. Registro matriz de indicadores.

| <div><div><b>Alcaldía<br/>de Remedios</b><br/>Antioquia</div><div>MATRIZ DE INDICADORES</div></div> <div>Inicio</div> |                                                     |                                              |                                                                                                                                                   |                        |                             |                 |                 |                    |                                        |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------|-----------------|-----------------|--------------------|----------------------------------------|--|
| Información                                                                                                                                                                                              | Tipo                                                | Nombre del Indicador                         | Fórmula o Metodo de calculo                                                                                                                       | Frecuencia de Medición | Meta o limite del indicador | Responsable     | Resultado Anual | Cumplimiento Anual | Personal que debe conocer el resultado |  |
| PERFIL SOCIODEMOGRAFICO                                                                                                                                                                                  | Accidente de Trabajo (AT)                           | Severidad de Accidentalidad                  | Número de días Perdidos por AT en el mes + Número de días cargados en el mes / Numero de trabajadores en el mes *100                              | Mensual                |                             | Coordinador SST | 0,00            | CUMPLE             | Gerencia y trabajadores                |  |
|                                                                                                                                                                                                          |                                                     | Frecuencia de Accidentalidad                 | Número de accidentes de trabajo en el periodo / Número de trabajadores en el Periodo * 100                                                        | Anual                  |                             | Coordinador SST | 0,00            | CUMPLE             | Gerencia y trabajadores                |  |
|                                                                                                                                                                                                          |                                                     | Proporción de Accidentes de trabajo mortales | Número de accidentes de trabajo mortales que se presentaron en el periodo / Total de accidentes de trabajo que se presentaron en el periodo * 100 | Anual                  |                             | Coordinador SST | 0               | CUMPLE             | Gerencia y trabajadores                |  |
|                                                                                                                                                                                                          | Enfermedad Laboral (EL)                             | Prevalencia de la enfermedad laboral         | Número de casos nuevos y antiguos de enfermedad laboral en el periodo / Promedio total de trabajadores en el periodo * 100.000                    | Anual                  |                             | Coordinador SST | 0,0             | CUMPLE             | Gerencia y trabajadores                |  |
|                                                                                                                                                                                                          |                                                     | Incidencia de la enfermedad laboral          | Número de casos nuevos de enfermedad laboral en el periodo / Promedio Total de trabajadores en el periodo * 100.000                               | Anual                  |                             | Coordinador SST | 0,0             | CUMPLE             | Gerencia y trabajadores                |  |
|                                                                                                                                                                                                          | Ausentismo                                          | Indicadores de Ausentismo por Inoapacidades  | Número de días de ausencia por incapacidad laboral y común / Numero de días de trabajo programados * 100                                          | Mensual                |                             | Coordinador SST | 0,00%           | NO CUMPLE          | Gerencia y trabajadores                |  |
|                                                                                                                                                                                                          |                                                     |                                              |                                                                                                                                                   | Anual                  |                             |                 |                 |                    |                                        |  |
|                                                                                                                                                                                                          | Estructura - proceso - Resultado (E-P-R) del SG-SST | Indicadores de Estructura                    | Total de Items Cumplidos de los indicadores de estructura / Total de Items a evaluar de los indicadores de estructura * 100                       | Anual                  |                             | Coordinador SST | 73%             | CUMPLE             | Gerencia y trabajadores                |  |
|                                                                                                                                                                                                          |                                                     | Indicadores de Proceso                       | Total de Items Cumplidos de los indicadores de Proceso / Total de Items a evaluar de los indicadores de Proceso * 100                             |                        |                             |                 | 75%             | CUMPLE             |                                        |  |
|                                                                                                                                                                                                          |                                                     | Indicadores de Resultado                     | Total de Items Cumplidos de los indicadores de Resultado / Total de Items a evaluar de los indicadores de Resultado * 100                         |                        |                             |                 | 70%             | CUMPLE             |                                        |  |

Anexo 15. Listado maestro de documentos.



**Alcaldía  
de Remedios**  
Antioquia

ALCALDÍA MUNICIPAL DE REMEDIOS NIT: 890.984.312-4

30.SGSA-SGSST-006

**LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS**

| N° | CÓDIGO             | NOMBRE DEL DOCUMENTO                                                                  | UBICACIÓN                                                                                                                                      | ELABORADO POR                                |
|----|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 56 | 130.SGSA-SGSST-056 | Programa de cero tolerancia a la conducción bajo los efectos del alcohol y sustancias | Z:\SGSST\Plan Estrategico de Seguridad Vial\Programa de cero tolerancia a la conducción bajo los efectos del alcohol y sustancias psicoactivas | Felipe Salazar Chaparro<br>Responsable SGSST |
| 57 | 130.SGSA-SGSST-057 | Programa para la protección de actores viales                                         | Z:\SGSST\Plan Estrategico de Seguridad Vial\Programa para la protección de actores viales                                                      | Felipe Salazar Chaparro<br>Responsable SGSST |
| 58 | 130.SGSA-SGSST-058 | Política de alcohol y uso de sustancias psicoactiva                                   | Z:\SGSST\PLANEAR\2.GESTION INTEGRAL DEL SG-SST\2.7.1.NORMATIVIDAD SST\Política de alcohol y uso de sustancias psicoactivas                     | Felipe Salazar Chaparro<br>Responsable SGSST |
| 59 | 130.SGSA-SGSST-059 | Acta de conformación de brigada de emergencia                                         | Z:\SGSST\HACER\5. GESTION AMENAZAS\5.1.2. BRIGADA DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS\Acta de conformación                 | Felipe Salazar Chaparro<br>Responsable SGSST |
| 60 | 130.SGSA-SGSST-060 | Reglamento interno de brigada de emergencia                                           | Z:\SGSST\HACER\5. GESTION AMENAZAS\5.1.2. BRIGADA DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS\Reglamento interno de                | Felipe Salazar Chaparro<br>Responsable SGSST |
| 61 | 130.SGSA-SGSST-061 | Hoja de vida del brigadista                                                           | Z:\SGSST\HACER\5. GESTION AMENAZAS\5.1.2. BRIGADA DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS\Hoja de vida del                     | Felipe Salazar Chaparro<br>Responsable SGSST |
| 62 | 130.SGSA-SGSST-062 | Registro estadístico de accidentes de trabajo                                         | Z:\SGSST\HACER\3.2.REGISTRO, REPORTE E INVESTIGACIÓN DE LAS EL, LOS INCIDENTES Y AT\3.2.2.SEVERIDAD DE ACCIDENTALIDAD/REGISTRO                 | Felipe Salazar Chaparro<br>Responsable SGSST |
| 63 | 130.SGSA-SGSST-062 | Registro estadístico medición de la severidad de la accidentalidad                    | Z:\SGSST\HACER\3.2.REGISTRO, REPORTE E INVESTIGACIÓN DE LAS EL, LOS INCIDENTES Y AT\3.2.2.SEVERIDAD DE ACCIDENTALIDAD/REGISTRO                 | Felipe Salazar Chaparro<br>Responsable SGSST |
| 64 | 130.SGSA-SGSST-063 | Información de perfiles del cargo                                                     | Z:\SGSST\Soportes SG-SST-2026\HACER\3.1.CONDICIONES DE SALUD\3.1.3.INFORMACIÓN PERFILES DE CARGOS                                              | Felipe Salazar Chaparro<br>Responsable SGSST |
|    |                    |                                                                                       |                                                                                                                                                |                                              |
|    |                    |                                                                                       |                                                                                                                                                |                                              |



Anexo 16. Registro Acta de conformación brigada de emergencia.



**Alcaldía  
de Remedios**  
Antioquia

ALCALDÍA MUNICIPAL DE REMEDIOS NIT: 890.984.312-4

130.SGSA-SGSST-058

ACTA DE CREACIÓN DE LA BRIGADA DE EMERGENCIAS

PERSONAL INTEGRANTE DE LA BRIGADA DE EMERGENCIAS

ADMINISTRACIÓN ALCALDÍA DE REMEDIOS

Fecha: 19/05/2024  
Lugar: Remedios (Ant)

Con el propósito de conformar la Brigada de Emergencia de la Alcaldía de Remedios, se acuerda lo siguiente:

ARTÍCULO 1: OBJETIVO

La Brigada de Emergencia tiene como objetivo principal garantizar la seguridad y bienestar de la comunidad ante situaciones de emergencia, tales como desastres naturales, incendios, accidentes, y otros eventos que puedan poner en riesgo la vida y bienes de los ciudadanos.

ARTÍCULO 2: COMPOSICIÓN

La Brigada estará conformada por un total de 7 miembros, adicionando los 7 coordinadores de evacuación y los 3 integrantes del comité quienes serán seleccionados de acuerdo a sus habilidades, formación y disposición para participar en acciones de respuesta a emergencias.

ARTÍCULO 3: RESPONSABILIDADES

Los miembros de la Brigada de Emergencia asumirán las siguientes responsabilidades:

1. Capacitación: Participar en capacitaciones y simulacros para mejorar su capacidad de respuesta.
2. Planificación: Colaborar en la elaboración y actualización de planes de emergencia.
3. Intervención: Actuar de manera coordinada en situaciones de emergencia, brindando apoyo a la comunidad.
4. Comunicación: Mantener informada a la comunidad sobre medidas de prevención y actuación ante emergencias.

Dirección: KR 11 # 3-45/126, Coliseo Municipal, Calle El Retiro – Código Postal: 052820  
Teléfono: +57 (604) 8303651 – Correo Institucional: gobierno@remedios-antioquia.gov.co  
www.remedios-antioquia.gov.co



Anexo 17. Registro del documento 130.SGSA-SGSST-044  
PROCEDIMIENTO PARA PROMOVER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN EL TRABAJO



**Alcaldía  
de Remedios**  
Antioquia

ALCALDÍA MUNICIPAL DE REMEDIOS NIT: 890.984.312-4

130.SGSA-SGSST-063

INFORMACIÓN PERFILES DE CARGOS

1. OBJETIVO

Dar cumplimiento al numeral 3.4.3 Información Perfiles de Cargos de la Resolución 0312 de 2019, mediante la identificación y caracterización de la planta de personal de la Alcaldía Municipal de Remedios, como insumo para la gestión del talento humano y la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

2. ALCANCE

Aplica a todos los servidores públicos y trabajadores vinculados a la Alcaldía Municipal de Remedios, independientemente de su tipo de vinculación, nivel jerárquico o modalidad contractual.

3. MARCO NORMATIVO

- Ley 1562 de 2012
- Decreto 1072 de 2015
- Resolución 0312 de 2019
- Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG

4. RESPONSABLE

La Secretaría de Gobierno y Servicios Administrativos es responsable de la recopilación, actualización y custodia de la información relacionada con los perfiles de cargos y la planta de personal, garantizando su articulación con el SG-SST.

5. DESCRIPCIÓN DE LA INFORMACIÓN DE PERFILES DE CARGOS

5.1 Información base de los servidores públicos

En cumplimiento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y de los Estándares Mínimos del SG-SST, la Alcaldía Municipal de Remedios cuenta con información actualizada de sus servidores públicos, la cual incluye:

- Antigüedad en el cargo

Dirección: KR 10 # 9-62, Piso 3, Oficina 302 – Código Postal: 052820  
Teléfono: +57 (604) 8303651 – Correo Institucional: gobierno@remedios-antioquia.gov.co  
www.remedios-antioquia.gov.co





**Alcaldía  
de Remedios**  
Antioquia

ALCALDÍA MUNICIPAL DE REMEDIOS NIT: 890.984.312-4

- Nivel educativo
- Experiencia laboral
- Tipo de vinculación

Esta información es utilizada para la identificación de peligros, evaluación y control de riesgos laborales, definición de responsabilidades y planeación de actividades de capacitación y prevención.

5.2 Planta de personal actual

La planta global de cargos del Municipio de Remedios se encuentra distribuida por niveles jerárquicos de la siguiente manera:

| Nivel jerárquico          | Número de cargos |
|---------------------------|------------------|
| Directivo                 | 8                |
| Asesor                    | 1                |
| Profesional Especializado | 2                |
| Profesional               | 16               |
| Técnico Administrativo    | 4                |
| Técnico Operativo         | 9                |
| Técnico                   | 7                |
| Asistencial               | 25               |
| Total                     | 72               |

Tabla 1. Distribución de la planta de cargos por nivel jerárquico

5.3 Distribución porcentual del personal

La Alcaldía Municipal de Remedios cuenta con una planta permanente provista por 68 servidores públicos, distribuidos así:

- 32 % Nivel asistencial
- 28 % Niveles técnicos (operativos y administrativos)
- 24 % Nivel profesional

Dirección: KR 10 # 9-62, Piso 3, Oficina 302 – Código Postal: 052820  
Teléfono: +57 (604) 8303651 – Correo Institucional: gobierno@remedios-antioquia.gov.co  
www.remedios-antioquia.gov.co

